

مركز البحوث

إدارة الجودة الشاملة

تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها

تأليف
د. هيو كوش

ترجمة
د. طلال بن عايد الأحمدي

راجع الترجمة
د. خالد بن سعد بن سعيد

T | Q | M

بسم الله الرحمن الرحيم



مركز البحوث

إدارة الجودة الشاملة

تطبيق إدارة الجودة الشاملة فى الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها

تأليف

د. هيو كوش

ترجمة

د. طلال بن عايد الأحمدى

راجع الترجمة

أ. د. خالد بن سعد بن سعيد

١٤٢٢هـ - ٢٠٠٢م

بطاقة الفهرسة

ⓒ **معهد الإدارة العامة ، ١٤٢٢هـ**

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

كوش ، ميو

إدارة الجودة الشاملة : تطبيق إدارة الجودة الشاملة فى الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها / ترجمة طلال بن عايد الأحمدى - الرياض

٥١٢ ص ؛ ١٦,٥ × ٢٣,٥ سم

ردمك :

٢ - ٧٩. - ١٤ - ٩٩٦٠

١ - جودة الإنتاج ٢- المستشفيات - تنظيم وإدارة

أ- الأحمدى ، طلال بن عايد (مترجم) ب - العنوان

ديوى ٦٥٨,٥٦ ٢١ / ٢٤٦١

رقم الإيداع : ٢١/٢٤٦١

ردمك : ٢-٧٩.-١٤-٩٩٦٠

هذ ترجمة لكتاب :

Implementing and Sustaining Total Quality Management in Health Care

Hugh C. H. Koch

BSc, PhD, Dip Clin Psych
Managing Director, Koch Consulting Services
Cheltenham, UK
Associate, Health Services Management Centre
University of Birmingham



المحتويات

تابع - المحتويات

تابع - المحتويات

الموضوع	الصفحة

تابع - المحتويات

الموضوع	الصفحة

تابع - المحتويات

تابع - المحتويات

تابع - المحتويات

تابع - المحتويات

تابع - المحتويات

تابع - المحتويات

تابع - المحتويات

الفصل الأول

جودة الرعاية الصحية وإدارة الجودة الشاملة

تعريف جودة الرعاية :

كانت "الخدمة الصحية الوطنية *NHS*" مبادرةً لرؤيةٍ مثاليةٍ أطلقها "بيفان *Bevan*" فى عام ١٩٤٨م (*Webster* , ١٩٩٢ م) ؛ فقد وصف هذه الخدمة الجديدة بأنها نتاج أعمال رجال ونساء ذوى مهارات عالية كرسوا أنفسهم لتقديم رعاية ذات جودة عالية لمرضاهم الكثر . وفى هذه المرحلة المبكرة من ولادة "الخدمة الصحية الوطنية" ، كان موضوع الجودة فى قمة أولويات البرنامج الصحى .

والآن ، وبعد مضى (٤٤) سنة* على إنشاء "الخدمة الصحية الوطنية" ، يرى جميع المديرين والسريريين "الإكلينيكيين" المنضوين تحت مظلتها ، أن هناك حاجة إلى زيادة التركيز على جودة الرعاية الصحية المقدمة . ويعزز ذلك الاتجاه ويؤكده ، ما تقوم به "مديرية إدارة الصحة التنفيذية *Department of Health's Management Executive*" من توجيه مستمر للقائمين على الخدمات الصحية حول تطبيق أساليب نظامية للتأكيد على جودة الخدمات المقدمة .

ولكن ما هى الجودة ؟ وماذا تعنى ؟ ومن الذى عرَّفها ؟ وهل بالإمكان نقل هذا المفهوم إلى حقل الرعاية الصحية ؟ وهل هناك مشكلات فى استخدام " البحث عن أسلوب للتميز " ؟ (بيتر ١٩٨٢م , *Peter*) .

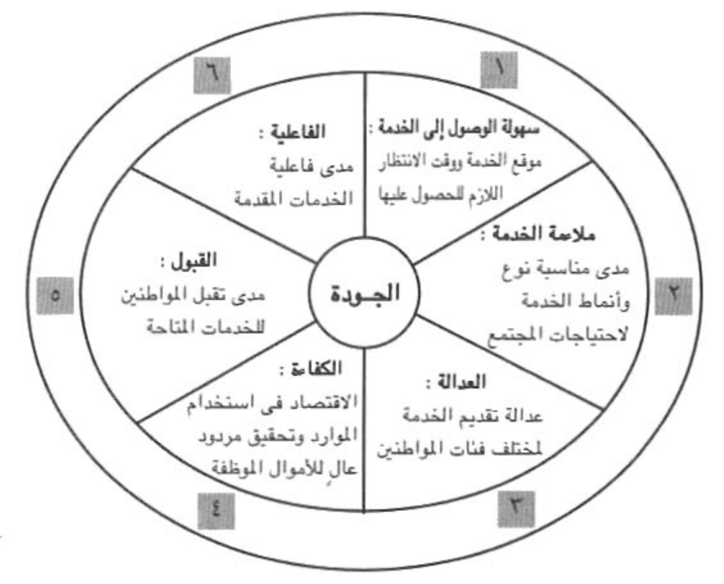
وبشكل عام ، تقوم الجودة باقتراح المنتجات المرغوب فيها المرتفعة التكاليف . ويرى " فيفر ١٩٩٢م ,*Pfeffer* " أن إحدى الصعوبات التى تعترض ذلك ، هى عدم وجود علاقة بسيطة بين رضا المريض وتحقيق رعاية صحية ذات جودة عالية ، كتلك التى توجد عادة فى عالم التجارة . وبرغم ذلك يرى أن هناك بعض الطرق النسبية المتعارف عليها عامة لتعريف الجودة ، تتناسب مع الرعاية الصحية :

* من تاريخ تأليف الكتاب (المترجم) .

- **ماهى " الجودة" ؟** " الجودة" هى التجاوب المستمر مع حاجات العميل ومتطلباته (مشترى الخدمة / المريض) .
- "**الجودة الشاملة**" هى تحقيق الجودة بأقل تكلفة .
- "**إدارة الجودة الشاملة**" هى تحقيق الجودة الشاملة للرعاية والخدمة المقدمة من خلال التزام الأفراد باستخدام قدراتهم بشكل فعال .

ولربط ما سبق من تعريفات للجودة بخدمات المواطنين (أو الجمهور) ، يرى ماكسول - (*Maxwell,* ١٩٨٤م) أن هناك ستة عناصر رئيسية مرتبطة بالجودة ، وذلك على النحو المبين أدناه فى الشكل رقم (١-١) .

الشكل رقم (١-١) : العناصر الستة للجودة فى الخدمات ذات الصلة بالمواطنين



ويمكن القول ، ببساطة ، إنه من بين العناصر الستة ، تكون هناك علاقة سببية لعنصرى " ملاءمة الخدمة " ، و " العدالة " وذلك بالمشترين أكثر من مقدمى الرعاية الصحية . أما عنصر الكفاءة فهو يمثل أهمية بالنسبة لبقية العناصر ، وبدون عنصر الكفاءة لا يمكن تحقيق عنصرى القبول والفاعلية أيضًا ، وذلك إلى مدى معين .

وكجزء من الإصلاحات التى تمت على نظام الخدمة الصحية الوطنية بصفة عامة ، وعملية التعاقد مع بعض الشركات بصفة خاصة - فإن التوجيه أو الإرشاد الذى اقترحته وزارة الصحة من أجل التعاقد مع هذه الشركات تضمن ما يلى :

- مناسبة أو ملاءمة العلاج والرعاية المقدَمين .
- تحقيق أفضل النتائج السريرية (الإكلينيكية) .
- اعتماد الإجراءات السريرية المتميزة للتقليل من المضاعفات والأحداث التى يمكن تجنبها أو الوقاية منها .
- تبنى العاملين السلوكيات الإيجابية عند تعاملهم مع المرضى بشكل يحفظ لهم كرامتهم كأفراد .
- إيجاد بيئة تساعد على سلامة المريض ، وطمأنته على سلامة الإجراءات المتخذة حيال وضعه الصحى ، بحيث تحقق له الرضا والقناعة بالإجراءات المقدمة له .
- سرعة الاستجابة لندائه والتقليل ما أمكن من الأمور المزعجة له .
- إشراك المرضى فى خطط الرعاية المرسومة لهم من قبل أطبائهم المعالجين .

كان ما سبق ، هو الموضوعات التى تشكلت منها فيما بعد التعريفات المتعددة للجودة مثل تعريفات " مجلس المنطقة الغربية للخدمات الصحية والاجتماعية " *(WHSSB, 1990)* .

ومن بين تعريفاته للجودة ما يلى :

- تحقيق الحد الأقصى من النتائج الإيجابية (سواء أكانت تتعلق بمستوى الرعاية السريرية المقدمة ، أم بتحقيق درجة عالية من رضا المستفيدين عن الخدمات المقدمة) .
- ضمان تحقيق درجة عالية من جودة الرعاية فى كل من خدمات رعاية الحالات الحادة ، وخدمات الرعاية المستمرة .
- السعى نحو تقليل تقديم الرعاية التى تتسم بتدنى مستوى جودتها .

- ضمان الترشيد الفعال للتكاليف عند استخدام الموارد المتاحة .

- توفير أساليب الرعاية التى تتناسب مع ظروف وأوضاع المستفيدين من خدمات الرعاية المقدمة .

- ضمان الاستخدام المناسب للموارد المستهدفة .

ومن بين التعريفات المتعددة للجودة المشار إليها آنفًا ، فإن التعريف الذى يمنحنا فرصة أكبر لتحسين جودة الرعاية ، هو تفهمنا لتوقعات مرضانا المستفيدين من نظام الخدمة الصحية الوطنية ؛ لذلك فإن تحديدنا لمستفيدينا المتعددين أولاً ، ثم الوقوف على مرئياتهم حول حسن الرعاية الطبية (التقنية) وغير الطبية (غير السريرية) المقدمة لهم ثانياً ، يعدُّ أمراً حاسماً ، عند تقدير جودة الرعاية . ومن بين توقعاتنا ، كمستفيدين أو عملاء ، لجودة الخدمة التى نقف عندها عند حاجتنا إلى تلقى الرعاية الصحية ، سهولة الحصول على الخدمة الصحية بأقصر وقت انتظار ممكن .

ويعد هذا العامل الأخير ، من أكثر الموضوعات الشائكة فى التعامل معها، والتى واجهت الحكومات المتعاقبة التى خاضت فيه بحثًا ونقاشًا ، كما كان واحداً من أكثر الاختبارات المستخدمة لتقدير مدى التزام هذه الحكومات بجودة الرعاية الصحية المقدمة .

والجدير بالذكر ، أن هذه القضية المعقدة كانت قد تمت معالجتها مؤخراً من قبل الحكومة – فى عام ١٩٩١م – تحت موضوع شرعة امتيازات المرضى وحقوقهم (*Patient's Charter*) . وعلى الرغم من ضعف قدرة الخدمة الصحية على مقابلة توقعات الانتظار القصير لمرضى الخدمات الخارجية وحالات إدخال المرضى إلى المستشفى ، إلا أنها اعتبرت من قبل الحكومة اختباراً مهماً للحكم على الجودة .

ومن ناحية أخرى ، وقبل الانتخابات العامة فى شهر نيسان / أبريل من عام ١٩٩٢م ، ناظرت الأحزاب الرئيسية الثلاثة – فى بريطانيا – حول رؤية كل منها للسياسة الصحية التى ستعتمدها فى حال فوزها بالانتخابات ، وذلك فيما يتعلق بالارتقاء بمستوى جودة الخدمات المقدمة .

ومن بين ما أكدت عليه هذه " الأحزاب " ، ضرورة الحاجة إلى وضع مقاييس وضوابط للجودة ؛ لمقارنة الأداء العام لمختلف الخدمات الصحية ، ومتابعتها ، وبحيث يؤدى ذلك أيضاً إلى الإبداع فى العمل ، وتحسين مستوى جودة الخدمات المقدمة .

وضمن رؤيتها للسياسة الصحية ، أشارت هذه " الأحزاب " إلى الحاجة الملحة إلى التطوير التنظيمى للخدمات الصحية ، وذلك بدمج مبادرات الجودة بالتخطيط الشامل للأعمال ، وإدارة تقديم الرعاية الصحية (*HST, 1992*) .

هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى ، أحبط الضجيج الكثير الذى صاحب الانتخابات محترفى الرعاية الصحية ((*Professionals Health Care*)) (العاملون المحترفون فى مجال الرعاية الصحية) ، فقد شعروا أن الإصلاحات التى تمت على نظام الخدمة الصحية الوطنية ، كانت قد تطرقت مسبقًا إلى نفس الموضوعات التى تطرقوا إليها من قبل ، من حيث اتخاذ إجراءاتٍ لعمل تحسينات فى جودة الرعاية المقدمة للمرضى ، وتحقيق كفاءة أكبر فى الخدمات المقدمة ، وتسهيل الحصول عليها. وكان الشعور السائد بين محترفى الرعاية الصحية ، ولا يزال ، أن برامج الأحزاب فيما يخص السياسة الصحية ، لم تأتِ بجديد ؛ فالإصلاحات التى تمت فى السابق ، كانت قد أكدت على المبادئ التى قام عليها نظام الخدمة الصحية الوطنية ، وذلك بتفويض مسؤولية اتخاذ القرارات إلى المستويات المحلية ؛ لما لتفويض الصلاحيات من أهمية كبرى فى تمكين الوحدات الصحية المحلية من إنجاز أعمالها بيسر وسهولة .

على صعيد آخر ، ينبغى التنويه بأن أهداف وغايات نظام الخدمة الصحية الوطنية كانت قد عرضت للتوجه الإستراتيجى لهذا النظام من حيث تركيزه على موضوع الارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة . وللدلالة على ذلك ، فقد ركزت أهداف نظام الخدمة الصحية الوطنية فى هذا المجال على ما يلى :

- تحسين الحالة الصحية للسكان .

- النهوض بالمقاييس ، وتحسين الجودة ، وجعل الخدمات أكثر استجابة لاحتياجات أفراد المجتمع .

– استهداف توفير الرعاية لأولئك الأفراد الذين يقعون على رأس قائمة أولويات الاحتياجات الصحية .

– ضمان أن تكون المواد (مثل : الأجهزة والمستلزمات الأخرى) المشتراة مساوية لقيمة جودتها الفعلية .

– إيجاد إطار إدارى فعَّال لتحقيق هذه الأهداف .

سياسات الجودة :

من الواضح أن بُعدَ الجودة فى خدمات القطاع الحكومى قد اكتسب زخمًا كبيرًا خلال السنوات الثلاث الماضية . يعزز ذلك ويؤكده ما أظهرته الحكومة مؤخراً من اهتمام أكبر ، من ذى قبل ، فى بيان ما ينبغى أن تقوم به هذه الخدمات فى تقديم جودة عالية لزبائنها ، وذلك من خلال نظم مُدارة بشكل جيد ، وقوى عاملة مؤهلة ، إضافة إلى اهتمامها بالطرائق والأساليب المثلى لمتابعة الجودة ، وتحسينها باطراد .

والخدمات العامة "التى لا تستهدف الربح" لديها من الخصائص أو السمات ما تنفرد بها عن الخصائص المتوافرة فى قطاع الصناعات ، وشركات الخدمات الأخرى . ومن هذه الخصائص التى تنفرد بها ما يلى :

– مسؤولياتها العامة .

– محدودية الأموال النقدية التى تتحصل عليها .

– إعلان التصور القومى والمحلى .

– الخدمات المعتادة وخدمات الطوارئ .

– الاحتكار الحالى والسابق أصبحا مهددين الآن .

– أداء العمل فى هذا النمط من الخدمات ليس قابلاً للقياس بسهولة تمامًا .

– الخضوع لتغييرات رئيسية هامة .

– وجود مهنة للأفراد شىء جوهرى وأساسى .

لقد اقترح أن بعض هذه الخصائص ، فى هذا النوع من الخدمات ، تجعل مضامين نظم إدارة الجودة فيها أكثر صعوبة من نظم إدارة الجودة فى القطاع الخاص . وبدون التحرى الكامل حول صحة تلك العوامل الفارقة ومناقشتها بما فيه الكفاية ؛ يمكن القول إن لها تأثيراً واضحًا على عملية إدخال نظم الجودة ، ويلزم أخذها فى الحسبان بالكامل .

عند تطبيق الجودة على أى خدمة بالقطاع الحكومى يكون لها ، على الأقل ، ستة عناصر رئيسة ، هى :

- **سهولة الوصول إلى الخدمة** : موقع الخدمة ووقت الانتظار اللازم للحصول عليها .
- **ملاءمة الخدمة** : مدى ملاءمة نوع الخدمة وأنماط الخدمة لاحتياجات المجتمع .
- **العدالة** : عدالة تقديم الخدمة لمختلف فئات المجتمع .
- **الكفاءة** : الاقتصاد فى استخدام الموارد وتحقيق مردود عالٍ للأموال الموظفة .
- **القبول** : مدى تقبل المواطنين للخدمات المتاحة .
- **الفاعلية** : مدى فاعلية الخدمات المقدمة .

تتقدم الخدمات الحكومية كثيرًا وبمعدلات مختلفة ، وذلك فيما يتعلق بأنظمة تحسين الجودة والنواحى الثقافية ، وعلى الرغم من أن جميعها لديها وسائل التأكيد على الجودة ، إلا أن مدى الشمولية يكون متقلبًا . وبالإضافة إلى ذلك ، فإن العلامات الأخرى لتنظيم الجودة الشاملة تتطور تدريجياً وتشمل :

- الالتزام بالنواحى الإدارية والثقافية .
- مدى وعى وإدراك الموظفين وفريق العمل ، والتفويضات ومنح السلطات .
- تحسين النشاط (المعايير ، التكلفة) ، ومخططات التدفق .
- حالة المستهلك .
- التدريب على كيفية تحسين الجودة .

ومن أجل الارتقاء بمستوى جودة الخدمات العامة ؛ فإن الاتجاه السائد هو أن تقوم هذه الخدمات بتلمس رغبات المستفيدين منها ، ورصد توقعاتهم حول أنسب الطرق لتقديم خدماتها لهم ، بعيداً عن أساليبها التقليدية السابقة ، التى طالما وصفت بأنها احتكارية وأحادية الجانب ، من حيث انفرادها بتقرير الطرق المثلى لتقديم خدماتها لهم .

وبالنسبة لموضوع الجودة فى الخدمات الصحية ، التى تعد أحد أهم أركان الخدمات العامة ، يطبق نظام "الخدمة الصحية الوطنية" ، وبعض السلطات المحلية المرتبطة به إستراتيجيات للجودة الشاملة ، بالرغم من التدنى الحالى لمستوى الوعى والفهم لأساليب تطبيق الجودة .

لكن مع تزايد الرؤية الواضحة للقائمين على نظام "الخدمة الصحية الوطنية" ، إضافة إلى نمو التخصصات المهنية ، وتدريب العديد من مختلف فئات ونوعيات الموظفين فيه - فإنه يتوقع أن يؤدى ذلك إلى تزايد سرعة معدل تطبيق إدارة الجودة فيه .

وقد يكون حافز هذا "النظام" ، جراء حماسه لتطبيق إدارة الجودة الشاملة فيه ، هو تزايد وعى مقدمى الخدمة بالحاجة التى تزيد من رضا وسرور المستفيد أو العميل من الخدمات المقدمة له ، والذى أصبح فى الآونة الأخيرة أكثر وثوقًا ، وأحسن اطلاعًا ، وأكثر ميلاً إلى التوكيد على نقل أو إبلاغ حقوقه كمواطن ودافع للضرائب للتطلع إلى خدمة عامة عالية الجودة .

ومنذ أن تولى مديرون محترفون (ذوو كفاءة عالية) الإدارة العامة لنظام الخدمة الصحية الوطنية ، فى عام ١٩٨٣م ، كان عليهم تحسين طرق إحكام إدارة تقديم الرعاية الصحية بصفة عامة ، والتثبت من جودتها .

ومن بداية تسلمهم للإدارة العامة ، كان مهمًا أن يقوموا بالتثبت أو التأكد من جودة الخدمة المقدمة ، بحيث تغطى كلتا العمليتين المتخصصتين ، سواء المراجعة السريرية للرعاية المقدمة ، أو استكشاف اهتمامات المرضى والمستفيدين من الخدمات المقدمة .

وفى مراجعتهم الأولى لنمط الإدارة العامة فى نظام الخدمة الصحية الوطنية ، وجودة الرعاية المقدمة ، تم أولاً إقرار التنظيم الجديد لنظام الخدمة الصحية الوطنية ، واقتراح أسلوب إدارى أكثر مرونة ، يسوده جو من الود بين أعضائه .

وبالنسبة للتثبت من الجودة ، فقد كان الرأى منقسمًا إلى قسمين : قسم رأى ضرورة التركيز على جودة الخدمات السريرية المقدمة ، وقسم آخر رأى أن يكون التركيز على الخدمات غير السريرية المقدمة . واستقر الرأى فيما بعد أن يركز الجهد الأكبر على التثبت من جودة الخدمات غير السريرية ؛ وذلك لانخفاض تكلفة هذا النوع من التقييم للجودة مقارنة بالنوع الأول الذى يتطلب موارد أكبر غير متاحة حاليًا بصورة مرضية .

وعلى الرغم من ذلك ، كانت هناك ، ولا تزال ، جهود تبذل وفق أسس منهجية ومنتظمة لتقدير (أو تقييم) الجودة من الناحية السريرية ، لكن هذه الجهود كانت محدودة ؛ وذلك بسبب إحجام الإدارة العامة عن الخوض فيها ؛ لوجود أولويات أخرى تعتبرها أكثر أهمية منها . كما كان يعطل هذه الجهود ، أيضًا ، التضارب فى الرأى حول صحة معلومات الإدارة ، والمقاومة المتوقعة من الأطباء عند أى تغييرات جديدة .

وقد استنتج (بوليت وزملاؤه – *Pollitt et al.*) ، فى ضوء دراسة أجروها فى هذا المجال ، أن هذه الحالة ، يمكن تغييرها فى حال إتمام :

– إعطاء أولوية أكبر لتحسين الجودة .

– توفر بيانات أفضل عن الجودة .

– إحداث تغيير فى النواحى الثقافية العامة .

– تحسن العلاقات بين الأطباء والمديرين .

ومما زاد فى عدم إعطاء موضوع التثبت من جودة الرعاية السريرية العناية التى تستحقها ابتعاد حكومة السيد (جون ميجر – *John Major*) عن الطريقة الصحيحة فى إدارة الرعاية الصحية الملتزمة بالحقائق الموضوعية والمجازية لتحديد الاحتياجات

الفعلية لنظام الرعاية الصحية ، وتركيزها بدلاً من ذلك على طريقة نظرية رضا المستهلكين أو المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية ؛ للتثبت من جودتها ، وبخاصة بعد تبنى لائحة أو ما يسمى ميثاق حقوق المرضى ؛ للتثبت من جودة الخدمة الصحية المقدمة . وقد تضمنت هذه اللائحة حقوق المرضى العشرة التالية :

- أن يتلقى المريض الرعاية الصحية على أساس احتياجاته الطبية (السريرية) ، بغضّ النظر عن مقدرته على الدفع .

- أن يكون مسجَّلاً فى العيادة الطبية العامة .

- أن يتلقى الرعاية الطبية في حالات الطوارئ في أى وقت ، عن طريق عيادتكم الطبية العامة أو إدارة خدمات إسعاف الطوارئ ، وقسم الحوادث والطوارئ بالمستشفى .

- أن يتم تحويله إلى طبيب استشارى يكون مقبولاً منكم ، عندما يعتقد الطبيب العام لديكم أن هذا الإجراء ضرورى ، وأن يحال لأخذ رأى استشارى ثانٍ إذا وافقتم أنتم وطبيبكم العام على أن هذا الإجراء مطلوب .

- أن يعطى المريض تفسيراً واضحاً حول أى معالجة (علاج) أو تدبير يقترح له ، بما فى ذلك أى أخطار قد يتعرض لها نتيجة ذلك ، إضافة إلى إعلامه ببدائل التدابير التى تتناسب وحالته الصحية ، وذلك قبل تقريره بالموافقة على العلاج المقترح له ، من قبل الطبيب الذى سيعالجه ، أو أفراد الفريق الطبى المعالج .

- أن يتاح للمريض حصوله على سجلاته الصحية عند الضرورة ، وأن يُعلم بأن أولئك الذين يعملون فى نظام الخدمة الصحية الوطنية هم تحت طائلة المسؤولية القانونية فى حال عدم حفاظهم على سرية معلومات حالته المرضية .

- أن يكون للمريض الخيار فى التقرير عن رغبته فى المشاركة أو عدم المشاركة فى الأبحاث الطبية ، أو التدريب الطبى الذى يتم فى بعض المرافق الطبية .

- أن تعطى المريض معلومات مفصلة عن الخدمات الصحية المحلية ، بما فيها مقاييس الجودة المتبعة فيها ، والحد الأقصى لأوقات انتظار المرضى فيها .

- أن يكون للمريض الحق فى حصوله على إذن لإدخاله إلى المستشفى للعلاج عندما تستدعى حالته ذلك ، وذلك وفق تاريخ محدد ، لا يزيد على سنتين من اليوم الذى يضعه فيه طبيبه الاستشارى على قائمة الانتظار .

- أن يكون للمريض الحق فى حال وجود شكوى منه عن الخدمات التى يقدمها نظام "الخدمة الصحية الوطنية" - بغض النظر عن الجهات المقدمة للخدمة - أن يتم إجراء تحقيق فى شكواه ، وأن يتلقى إجابة سريعة حولها ، بحيث تكون شاملة ومكتوبة من قبل المدير التنفيذى ، أو المدير العام للخدمة الصحية .

وضمن السياق السابق ، تم تصمم نظام " الخدمة الصحية الوطنية " ؛ ليرشد أى مريض ، وليكتشف بنفسه المستوى المرتفع لجودة الرعاية الطبية السريرية ، والعناية الفائقة بالمستفيدين أو العملاء من الخدمات المقدمة ، كما عرضتها وزارة الصحة فى شريط فيديو " إيفور رايت " (*Ivor Wright*) الذاهب إلى المستشفى ، وذلك تحت موضوع لائحة حقوق المرضى . وقد ركز هذا الشريط على الموضوعات الرئيسية التالية :

- تعيين الإشارات الواضحة ، التى تولد انطباعًا إيجابيًا عن الخدمة المقدمة ، من أول مرة .

- الترحيب الشخصى بالمريض من قبل الأفراد العاملين فى المستشفى ؛ مما يساعده ويشعره بالاطمئنان .

- إجراء تقييم سريرى عاجل (أو فورى) عند وصول المريض إلى قسم الحوادث والطوارئ من قبل ممرضة مدربة ومتخصصة فى إجراء فرز الحالات على وحدات الفحص حسب حالة المريض (*Triage Nurse*) .

- تزويد المريض بالمعلومات عن طول المدة التى يتوقع أن ينتظرها قبل تلقيه الخدمة ، إضافة إلى وضوح أسماء الموظفين فى أماكن انتظار المرضى أثناء تأديتهم لعملهم .

- أن يكون المريض قادرًا على تمييز أسماء جميع الموظفين بوضوح من خلال شارات أسمائهم .

- تسمية ممرضة معينة لتحية المريض عند دخوله إلى جناح التنويم .
- بناء على رغبات المرضى يمكن إعلام أقاربهم وأصدقائهم حول تطور أو تقدم حالاتهم الصحية .
- عند خروج المرضى سوف يتم تطمينهم حول الترتيبات التى ستجرى لهم حول استمرار رعايتهم صحياً أو اجتماعياً التى قد يحتاجون إليها .
- سيتم مشاهدة الطبيب لمرضاه فى قسم الرعاية الخارجية خلال فترة لا تزيد على ثلاثين دقيقة من المواعيد المحددة لهم .
- يتم إعلام وعرض مقاييس وضوابط حقوق المرضى وامتيازاتهم المحلية على المواطنين .
- يتم تزويد المرضى فى قسم الاستقبال بالمعلومات والتعليمات حول الخدمات المقدمة ، وحيث يشجعون على تبنى شعار " ساعدنا لنساعدك " .
- إتاحة الوصول للمستشفى للأشخاص ذوى الاحتياجات الخاصة .

نبذة عن إدارة الجودة الشاملة :

عندما يُذكر مصطلح إدارة الجودة الشاملة تبرز أسماء رئيسية مُعَلَمَة بعنوان فخم " المرشدون الرئيسيون للجودة " ، مثل " ديمنج *Deming* " و " جوران *Juran* " و " كروسبى *Crosby* " و " إيشيكاوا *Ishikawa* " . كما تبرز أسماء جميع المديرين فى الصناعات بالقطاعات المختلفة الذين عرضوا بدورهم للدلالات الدقيقة للجودة المشار إليها فى الشكل رقم (١-٢) ، وذلك جنبًا إلى جنب ، مع التزام الإدارات العليا فى هذه الصناعات بالجودة وتطويرها للسياسات فى مجالها .

وإذا كنت مهتمًا بشكل خاص بتباين أو اختلاف رؤى كل من هؤلاء المعلمين أو المرشدين الرئيسيين ، آنفى الذكر ، حول موضوع إدارة الجودة الشاملة - فإن الطريقة المثلى التى تسرك لفعل ذلك ، قد تم تقديمها لك ، ضمن الاستبانة الخاصة بمرشدى أو معلمى الجودة الرئيسيين ، وذلك كما هو مبين فى الشكل رقم (١-٤) .

وقد أسهم المؤلف ، أيضًا ، فى عمل المراجعات والمقارنات بين هؤلاء المرشدين لبيان الإسهامات الخاصة لكل منهم فى هذا المجال .

ويمكن أن نستنتج أن جميعهم قد أسهموا فى وضع إطار عام لإدارة الجودة ، كما يظهر من الشكل رقم (١-٣) .

الشكل رقم (١-٢) : مقارنة بين رؤى كبار المفكرين حول العناصر الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة

المفكـر	رؤيته حول أهم العناصر الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة
ديمنج *Deming*	ركز ديمنج على : - التوجه نحو تقييم عملية (أو عمليات أو إجراءات) تقديم الخدمات أو الوظائف . - استخدام الإحصاءات . - ضرورة طرد (أو إزالة) الخوف من مخيلة الموظفين . - خفض درجات الانحراف عن المستويات القياسية لأداء الخدمات .
جوران *Juran*	ركز جوران على : - إشراك جميع الطاقم الإدارى فى موضوع الجودة . - التخطيط للجودة . - الرقابة على الجودة . - تحسين الجودة .
فينبوم *Feigenbaum*	ركز فينبوم على : - نظام الجودة الشاملة . - تصميم الجودة . - التوجه نحو العميل (المستفيد) .
إيشيكاوا *Ishikawa*	ركز إيشيكاوا على : - استخدام الإحصاءات . - حلقات الجودة . - إشراك الموظفين .
كروسبى *Crosby*	ركز كروسبى على : - العيوب الصفرية . - تكلفة / كلفة الجودة . - شعارات الجودة .

الشكل رقم (١ - ٣) : الإطار الإدارى للجودة

المفاهيم الإدارية للجودة	- التوجه نحو العميل . - الامتثال للمتطلبات . - ملاءمة الاستخدام . - العيوب الصفرية . - الرقابة على العملية (أو عمليات تأدية الأعمال) . - التحسين المستمر .
الأدوات الإدارية للجودة والترتيبات التنظيمية	- التزام الإدارة العليا . - حلقات الجودة . - المراجعة أو التدقيق الفنى للجودة . - وظائف الجودة . - نشر وظائف الجودة . - نشر سياسات الجودة . - مسوحات العميل . - نظم المكافآت . - نظم المنح . - إدارة ضبط العمل فى الوقت المناسب . - وضع علامة الجودة . - تسجيل علامات الجودة .
الأساليب الإدارية للجودة	- الأدوات الإحصائية السبع . - الأدوات الإدارية والتخطيطية السبع . - تصميم التجارب . - أساليب قياس جدارة الشىء فى الاعتماد عليه .

الشكل رقم (١-٤) : امتحان قصير حول تحديد عناصر الجودة تبعًا لكبار المفكرين الذين أسهموا فى إثراء الفكر الإدارى لموضوع الجودة

من هو قائل هذه العبارة ؟

العبارة	ديمنج Deming	جوران Juran	فينبوم Feigenbaum	إيشيكاوا Ishikawa	كروسبى Crosby
١- العيوب الصفرية "كشعار" يقصد به الراية التى ينبغى أن تظل مرفرفة أو خفاقة خلال سعى الشركة أو حملتها لتحسين الجودة .	( )	( )	( )	( )	( )
٢- يجب أن تكون هناك صحوة (أو يقظة) للأزمات الناشئة ، يتبعها فعل أو عمل أو تصرف إدارى لمواجهتها .	( )	( )	( )	( )	( )
٣- يجب تصميم الجودة لتكون ضمن المنتج ، بحيث يمكن الحكم على جودته دون الحاجة إلى الحذر منه أو فحصه .	( )	( )	( )	( )	( )
٤- يمكنك أن تصبح ثرياً بمنع (أو الوقاية من حدوث) العيوب أو النواقص فى جودة المنتج .	( )	( )	( )	( )	( )
٥- تتحسن عمليات تأدية العمل بتطبيق الأفكار البناءة والمبدعة ، وتوحيد عمليات أو إجراءات العمل وفق أسس معيارية وضوابط وتنظيمات ضابطة للعمل المؤدى .	( )	( )	( )	( )	( )
٦- حاجات الزبون لا تبقى (أو لا تكون) فى حالة جامدة أو مستقرة. ولا يوجد شىء يمكن تسميته بقائمة نهائية لحاجات الزبائن أو العملاء .	( )	( )	( )	( )	( )
٧- لا تعد الجوائز النقدية أو المالية كافية بذاتها لتزويدنا بالتميز الفعال .	( )	( )	( )	( )	( )
٨- العملية التالية (التى تستتبع أى نشاط) يكون محورها دائماً العميل أو الزبون .	( )	( )	( )	( )	( )
٩- يمكن تقليل التكاليف وتجنب الأخطاء بتوحيد المقاييس وإيجاد وحدات للقياس .	( )	( )	( )	( )	( )

تابع – الشكل رقم (١ – ٤) :

١٠- إن وضع العوائق ضد تحقيق الاعتزاز ببراعة العمل ، قد تكون فى الحقيقة إحدى العقبات الأكثر أهمية أمام تخفيض التكلفة وتحسين الجودة .	( )	( )	( )	( )	( )
١١- تؤسس العملية التى يتم ضبطها إحصائيًا (بشكل متوازن) قاعدة عقلانية لتوقع النتائج التى قد تحدث مستقبلاً .	( )	( )	( )	( )	( )
١٢- إن الجودة إرادة واختيار ، وليست هبة أو منحة .	( )	( )	( )	( )	( )
١٣- قد تكون برامج الجودة الشاملة الأداة (أو الوسيلة) الوحيدة الأكثر قوة للشركات فى يومنا هذا .	( )	( )	( )	( )	( )
١٤- تعد الروح المعنوية (*Morale*) واحدة من أكثر عناصر الرقابة الحرجة فى المعمل أو الورشة أو المشغل .	( )	( )	( )	( )	( )
١٥- يتضمن التخطيط للجودة ، بمعناه الواسع ، تطوير المنتجات والعمليات المطلوبة لمقابلة حاجات العميل ومتطلباته .	( )	( )	( )	( )	( )
١٦- تحدث الأشياء الجيدة ، فقط ، عندما يتم التخطيط لها ، أما الأشياء السيئة فإنها تحدث وحدها .	( )	( )	( )	( )	( )
١٧- إن الطريقة المثلى لصنع المنتجات وعرض الخدمات بشكل أسرع وأرخص أن تجعلهما بصورة أفضل أو أن تعمل على تحسينهما .	( )	( )	( )	( )	( )
١٨- عندما ترى بيانات حاول أن تشك فى صدقها . وعندما ترى آلة قياس حاول أن تشك فى صدقها أيضاً .	( )	( )	( )	( )	( )
١٩- ينبغى اعتبار القوى العاملة (فى المنظمة) كالعملاء الداخليين الذين يمكنهم أن يخبرونا الكثير عن احتياجات الجودة .	( )	( )	( )	( )	( )
٢٠- إن هندسة نظم الجودة هى الأساس لإدارة حقيقية للجودة الشاملة .	( )	( )	( )	( )	( )

تابع – الشكل رقم (١ – ٤) :

العبارة					
٢١- إن الهدر الكبير (أو الخسارة الكبيرة) فى أمريكا تكمن فى الفشل فى استخدام قدرات الأفراد (الناس) بشكل أمثل .	( )	( )	( )	( )	( )
٢٢- فى الثمانينيات ، كان الدور الرئيسى للمدير التنفيذى الأول (*Senior Manager*) فى الجودة هو أن يكون متحدثاً بارعاً فى مجالها .	( )	( )	( )	( )	( )
٢٣- تواجه العديد من الشركات خسائر جدية وهدراً فى مواردها نتيجة عجزها عن التخطيط لعملية الجودة .	( )	( )	( )	( )	( )
٢٤- تعد تكاليف ضمان (*Warranty*) المنتج مرئية بوضوح ، لكنها لا تقص القصة حول الجودة . ويمكن لأى شخص أن يخفض من تكاليف الضمان برفض الشكاوى أو تأجيل اتخاذ إجراء بشأنها .	( )	( )	( )	( )	( )
٢٥- للجودة والنوع الكثير من القواسم المشتركة .	( )	( )	( )	( )	( )
٢٦- ليس هناك بديل للمعرفة . لكن توقع استخدام المعرفة يجلب الخوف .	( )	( )	( )	( )	( )
٢٧- الإبداع لا يأتى من فراغ ، بل نتيجة جهود كل منا فى تحديد المشكلات التى تواجهه فى عمله والتفكير الحكيم بها لمواجهتها .	( )	( )	( )	( )	( )
٢٨- قد يستغرق استيعاب الأفراد أربع أو خمس سنوات لتحديد مدى حاجتهم إلى برنامج لتحسين الجودة ، ولإيجاد دافع لديهم للتعلم فى هذا المجال .	( )	( )	( )	( )	( )
٢٩- الجودة هى ما يقوله العميل ، وليس ما يقوله المهندس ، أو مسوق السلع ، أو التاجر . ومن هذا المنظور ، فهى تمثل طلباً مؤثراً وصاعداً (متزايداً) من قبل العميل بشكل مستمر .	( )	( )	( )	( )	( )
٣٠- يجب أن تكون طريقة استخدام التقنيات مرتبطة بكيفية تطبيقها فى ورشة العمل .	( )	( )	( )	( )	( )
٣١- رموز :					
A　B　C　D　E	( )	( )	( )	( )	( )

تطوير إدارة الجودة الشاملة فى نظام الخدمة الصحية الوطنية :

يشير العديد من المختصين فى مجال الجودة ، حاليًا ، إلى الحاجة إلى مفاهيم وتطبيقات للجودة الشاملة لتكون جزءًا لا يتجزأ من ثقافة المنظمة الناجحة (*Cylenburg*) . وقد بُنِيت تلك الحاجة نتيجة وعيٍ وإدراكٍ للعديد من العمليات المتنوعة التى تسهم فى جعل أى مصلحة ، أو عمل ، أو مشروع ، يعمل فى مساره الصحيح . ومن أهمها العمليات الرئيسية الثلاث :

- العيوب الصفرية ، وهى عملية من الصعب جدًا بلوغها ، أو الوصول إليها .
- عملية مقابلة متطلبات العميل ، وهى مهمة مستمرة التزايد .
- عملية إشراك جميع الموظفين فى موضوع الجودة الشاملة .

وقد أسهمت جميع العمليات السابقة فى التحسين المستمر للجودة .

من ناحية أخرى ، تتمثل قوة أسلوب عملية التحسين فى قدرته على توفير وسيلة منظمة (أو منهجية) ، تكون قابلة للقياس " مثل جانب العملة المعدنية "، وموزونة بالقيم الثقافية للموارد البشرية . ويؤكد أو يركز الجانب الأول فى هذا الأسلوب على العمليات التى تتناول : **التعريف / والقياس/ والتحليل / والتحسين** . وقد استشهد "سيلنبرغ *Cylenburg*" من خبرته المعتبرة فى مجال الصناعة بشركة " الاتصالات الزئبقية *Mercury Communication* " على التحسن الذى طرأ على تحفيز الموظف ، وكذلك على أداء الشركة خلال مدة ترجحت بين سنتين وثلاث سنوات برغبة أكبر لمقابلة متطلبات العميل والتى أصبحت فى التسعينيات رغبة أكثر إلحاحًا للوفاء بحاجات العميل ومتطلباته .

وعلى أية حال ، فقد وجد البعض ندرة جدية فى استيعاب الصناعات ، فى الأماكن الرائدة للصناعات فى المملكة المتحدة ، لفهم تطبيق إدارة الجودة الشاملة وفوائدها (*Howard.* ١٩٩٢م) . فبعد أن كان هناك قلة فقط من الصناعات المدركة أو المهتمة أو المقرة بأهمية إدارة الجودة الشاملة ، أصبح العديد منهم مقرين بأهميتها . وقد بيَّن " سيلنبرغ " *Cylenburg* " أن نصف الشركات التى دَرَسَها كانت شركات خدَمية . وقد استعمل لهذا الغرض استبانة لسبر خصائص التحسين المستمر (لمَشَاريع الأعمال) للعمل فيها (انظر الشكل رقم ١-٥) .

الشكل رقم (١-٥) : التحسين المستمر للعمل

خصائص التحسين المستمر للعمل :

١- هل تتميز باطلاع حسن على تقنيات (أو أساليب) إدارة الجودة الشاملة ؟

( ) نعم ( ) غير متأكد ( ) لا

٢- هل تعتقد أن التفكير أو إمعان النظر فى العمليات التشغيلية مقارنة بالتفكير أو إمعان النظر فى النتائج أو المخرجات سوف يدعم بشكل أفضل تحسين العمل ؟

( ) نعم ( ) غير متأكد ( ) لا

٣- هل ترغب أن ترى تقرير الشركات عن الإنخفاضات السنوية فى التكاليف الشاملة التى تحملتها هذه الشركات فقط لضمان عدم تسلُّم عملائها لمنتجات بها عيوب أو خدمات رديئة ؟

( ) نعم ( ) لا

٤- هل تعتقد أن بعض المؤشرات الرئيسية " غير المالية " ذات الصلة بأداء الشركات ينبغى أن توضع بمحاذاة الأعداد التقليدية للمؤشرات المالية ؟ مثل : مستوى الخدمة ، ومعدلات العيوب فى المنتج ، وتكاليف الجودة ، ومعدلات الحوادث بين الموظفين ؟

( ) نعم ( ) لا

٥- برجاء التفضل بترتيب أوجه إدارة العمل تصاعدياً التى ترى أنها تسهم فى التحسين المستمر للعمل من واقع القائمة التالية ، مع حذف العناصر التى تعتبر أن لها تأثيراً سلبيًا فى التحسين المستمر للعمل :

- قيادة إدارية من أعلى التنظيم إلى أسفله .
- نظم تدقيق وفحص للعمليات التشغيلية .
- عرض أو بيان رسالة الشركة .
- دليل أو إثبات للعمليات التشغيلية / وابتكار أو تجديد المنتج .
- دليل المورد / سندات الزبائن .
- الوضع الإدارى الراهن .
- الإدارة بالقياس .
- القيادة والرقابة الإدارية .
- دليل تطور دفع أجر ساعة الموظف .
- ثبات الغرض / الهدف .
- البحث المستمر عن الأداء الأفضل .

وقد أشارت النتائج التى توصل إليها " سيلنبرغ - *Cylenburg* " إلى نقص جدى لفهم "إدارة الجودة الشاملة" من قبل الشركات محل الدراسة ، على الرغم من عدم إشارتهم بالضرورة إلى اتفاقهم أو عدم اتفاقهم معه حول مفهوم إدارة الجودة الشاملة .

كما خلصت نتائج الدراسة إلى أن الرسالة الحيوية ، فيما يتعلق بالأداء المتفوق لإدارة عملية نوع العمل بدلاً من الإدارة المالية الصرفة ، ما زالت غير مكترث بها أو مهملة أو غير مفهومة للعديد من الشركات الصناعية والشركات الخدمية .

وفى دراسة مشابهة أجراها " دَل - *Dale* " ، عام ١٩٩١م ، فى كل من المملكة المتحدة وهولندا على شركات القطاعات الخدمية والصناعية والتجارية ، وجد تفهماً واضحاً من قبل هذه الشركات للعديد من جوانب أو مظاهر "إدارة الجودة الشاملة" ، وبخاصة فى مجال المكونات الرئيسية الخمسة التالية :

- إرضاء العملاء الخارجيين .
- تقليل التكاليف .
- الشراكة بين الشركات والعملاء فيما يتعلق بالارتقاء بجودة المنتج أو الخدمات المقدمة .
- إشراك الموظفين فى برامج الجودة وتنمية مهاراتهم وقدراتهم فى مجال العمل .
- إرضاء العملاء الداخليين .

ومن الجدير بالذكر ، أن أغلب الشركات التى شملتها هذه الدراسة أشارت إلى التزامها بتطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة ، إلا أنها نوّهت إلى العديد من الصعوبات المشتركة (العامة) فى التوصل إلى التزام بإدارة الجودة الشاملة ودعم تطبيقها . انظر الشكل (١-٦) والشكل (١-٧) .

الشكل رقم (١-٦) : الصعوبات الرئيسية التى واجهت تجربة إدخال إدارة الجودة الشاملة

المـوانع	عدد المجيبين (ن = ١١٧)*
– قصور فى رؤية الإدارة العليا والتزامها بتطبيق إدارة الجودة الشاملة .	٤١
– نمط إدارة الشركة وثقافة العاملين فيها لا يسمح بتطبيق إدارة الجودة الشاملة .	٤١
– تركيز الشركة على أمر (موقف) معين دون الالتفات إلى أمور أخرى . (*Flavour of the Month Type Attitude*)	٤٠
– تركيز تفكير الإدارة العليا وأفعالها مبنى على مواقف إدارات أقسام الشركة فيها .	٣١
– تقدير ضئيل من قبل الإدارة العليا لمفاهيم ومبادئ إدارة الجودة الشاملة .	٣٠
– قصور أو ضعف فى البنية الإدارية للشركات ، وبخاصة فى جانب المدخلات ، لإمكان تطبيق نشاطات أسلوب إدارة الجودة الشاملة .	٢٧
– التقرير حول كيفية بدء تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة .	٢١
– كسب مشاركة الأقسام غير الصناعية .	١٦
– قيادة إدارية غير فعالة أو عاجزة .	١٦

* ن = عدد أفراد العينة .

الشكل رقم (١-٧) : الصعوبات الرئيسية التى واجهت استدامة (أو الدعم المستمر) تطبيق إدارة الجودة الشاملة

المـوانع	عدد المجيبين (ن = ٨٨)*
– ضغط الوقت ، وحجم العمل ، والموارد .	٥١
– عدم وجود (قصور فى) التزام من قبل الإدارة العليا .	٣٠
– ثقافة الشركة .	٢٥
– محدودية صلاحيات الأقسام الإدارية .	٢٤
– إعادة البناء التنظيمى .	٢٢
– إدارة عملية التحسين .	١٦
– الرضا بالتقدم الحاصل .	١٤
– التغلب على المشكلات والمصاعب ذات الصلة بمقاومة اتحاد الموظفين للتغيير .	٦
– ترقية الأفراد .	٤

* ن = عدد أفراد العينة .

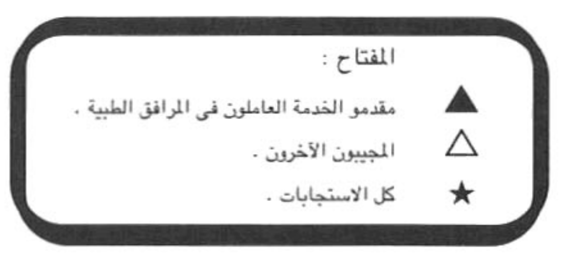
كان ما سبق عن وضع إدارة الجودة الشاملة فى القطاعات الصناعية والتجارية والخدمية . أما ضمن وضع أو بيئة الرعاية الصحية ، فقد بدأ يظهر ما يثبت الاهتمام بالجودة ، وبخاصة بعد تحسن نمط إدارة المستشفيات وتنظيمها ، التى أصبحت أكثر اهتماماً وحساسية لاستعمالات إدارة الجودة وتطبيقاتها .

ومما يعزز هذا الاتجاه ، العرض الذى قدمه مستشفى " ميموسار – *Memosiar Hospital, New England* " ، فى بوسطن بالولايات المتحدة الأمريكية ، ضمن المؤتمر السنوى لإدارة الجودة الشاملة عن تجربته فى مجال تطبيق إدارة الجودة الشاملة ؛ فقد شمل برنامج التطبيق الذى تبناه المستشفى المذكور ، جميع مرافق ووحدات المستشفى ، وذلك بتركيزه على النشاطات الطبية ، والتمريضية ، والإنتاجية ، ومعالجة البيانات ، والتخطيط ، وإدارة المواد ، إضافة إلى إظهاره لحساسية كبيرة لجهة تلمس توقعات المرضى وحاجاتهم لمستوى الرعاية المقدمة لهم . وقد تبنى برنامج الجودة فى المستشفى المذكور ، أيضًا ، هدفًا لتحسين الخدمات المقدمة بنسبة (٥٠٪) ، وبخاصة فى الأماكن التى يفترض فيها أن تكون قابلة للتحقيق أو الإنجاز فى وقت قصير نسبيًا ؛ حيث إن نسبة الـ (٥٠٪) الأخرى غير القابلة للإنجاز حاليًا قد تأخذ وقتًا أكثر بكثير لبلوغها .

وتتضح أهمية اهتمام المستشفيات بالجودة ، أيضًا ، من خلال ما عرضته شركة " *KMPG Peat Marwick Main and Company* " ، فى عام ١٩٨٨م ، فى ندوة أخرى سابقة للندوة المشار إليها سابقًا ، عن الجودة الشاملة للمنظمات (*TQO*) بالولايات المتحدة الأمريكية ؛ فقد قامت تلك الشركة بإظهار ردود (١٤٨) شخصًا من زبائن (*Purchasers* مشترى) خدمات الرعاية ومقدميها . وقد وجدت مستوى عاليًا من التوافق حول العلاقة بين التكلفة وجودة الرعاية الصحية ، وقياس العناصر المهمة للجودة . ويوضح كل من الشكل رقم (١–٨) والشكل رقم (١–٩) نتائج الدراسة التى توصلت إليها الشركة المذكورة .

الشكل رقم (١-٨) : ما هى العلاقة بين التكلفة والجودة ؟

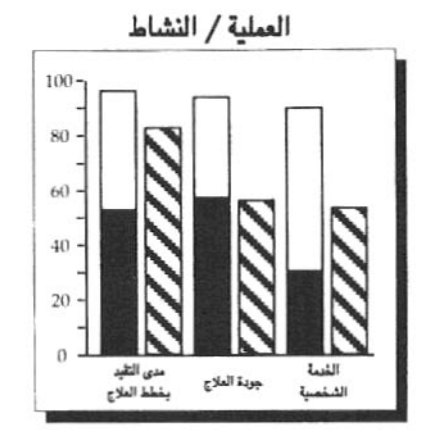
العبارات	نسبة المجيبين الذين وافقوا على صحة العبارة (0% – 50% – 100%)
– تكلفة الجودة السيئة (أو الرديئة) كبيرة جداً بحيث إن تحسين الجودة ينبغى أن تدفع لنفسها .	69 72 78
– فى بعض الأماكن يؤدى توفير الحد الأدنى للجودة فيها إلى زيادة التكلفة .	56 56 56
– من المعروف أنه إذا تم توفير جودة رعاية عالية سوف تؤدى إما إلى ارتفاع التكاليف الإجمالية وإما إلى خفضها .	48 53 66
– إقفال المنشآت غير المستغلة والتقليل من الازدواجية سوف يؤدى إلى خفض التكلفة دون إلحاق أى ضعف بالجودة .	67 69 66
– إن توجيه الموارد من الرعاية التقليدية إلى الرعاية الوقائية سوف يسهم فى تحسين الجودة الصحية بدون أى زيادة فى التكلفة .	53 49 54
– هناك صراع أو نزاع متأصل بين خفض التكلفة وتحسين الجودة .	24 36 40



نقلاً عن *KPMG Peat Marwick* ، ١٩٨٨م . جميع الحقوق محفوظة .

الشكل رقم (١-٩) : ما هى العناصر المهمة فى الجودة ؟ وهل يمكن قياس هذه العناصر ؟

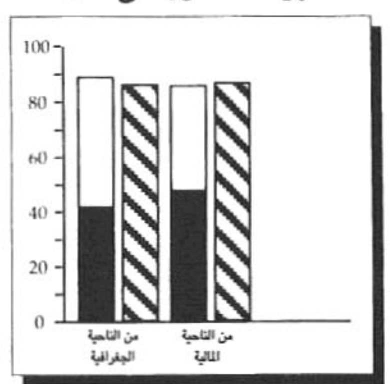
العملية / النشاط



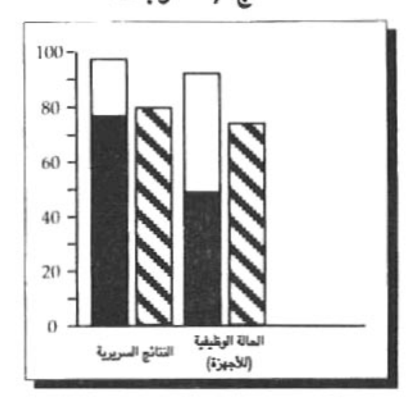
المدخلات

100
80
60
40
20
0
اعتماد المنشأة / شهادة الجودة
تنظيم المنشأة
المؤشر المالى

سهولة الحصول على الخدمة



النتائج / المخرجات



المفتاح :

- مقدمو الخدمة العاملون فى المرافق الطبية .
- المجيبون الآخرون .
- كل الاستجابات .

نقلاً عن *KPMG Peat Marwick* ، ١٩٨٨م .

وحول الأولويات الرئيسية للجودة فى نظام الرعاية الصحية التى ينبغى أن تؤخذ بجدية أكثر من غيرها ، يرى " كوش " (*Koch,* ١٩٩١) أن تلك الأولوية تتمثل فى انتشار تطبيقها فى نظام الخدمة الصحية الوطنية ، فى المملكة المتحدة ، خلال السنوات الأخيرة . فقد أظهر ذلك أحد الاستطلاعات (المسوحات) المبكرة التى أجراها فريق من مركز " اقتصاديات الصحة " بجامعة " يورك *York University* " عن مواقف واستعدادات المسؤولين فى نظام الخدمة الصحية للجودة ، ومدى تعدد المواقف حول المسؤوليات لضمان الجودة فى الخدمات المقدمة ، وذلك من واقع ردود (١٢٢) منطقة مركزية فى المملكة المتحدة .

وقد كان واضحًا من هذه الدراسة ، التى أجريت عام ١٩٨٨م ، أن تطبيقات الجودة كانت تحدث على جميع مستويات الخدمة . لكن هذه التطبيقات لم تكن منسقة فى أغلب الأحيان ، فقد كانت تحتاج إلى معادلة (أو صيغة) أو أسلوب لتوحيد ، أو دمج إدارة هذه الخطوات التمهيدية المتعددة .

وحول جهود تطبيقات الجودة فى مجال الخدمات الصحية ، قام قسم " *ODI* " ضمن مجموعة " شركة الفسيفساء الاستشارية الإدارية *ODI - Mosaic Management Consultancy Group* " بعمل مسح فى تموز / يوليو عام ١٩٩٠م ؛ لدراسة تطبيق الجودة فى نظام " الخدمة الصحية الوطنية " . وقد أظهرت نتائج المسح (الذى شمل (١٠٠) مجيب من أصل (٣٧٦) مديرًا شملهم المسح) أن معظم المبحوثين قد أسسوا نوعًا معينًا من نظام " للتثبت من الجودة *QA* " ، وكانوا سعداء به ، لكنهم لم يؤسسوا نظامًا لإدارة الجودة الشاملة ، رغم أنه كان مخططاً لتنفيذه .

ومنذ عهد قريب جداً ، باشرت وزارة الصحة عمل برنامج لتشجيع الوحدات (المرافق) الصحية فى المملكة المتحدة على إدخال نموذج الخطوات التمهيدية لإدارة الجودة الشاملة فى نظام الخدمة الصحية الوطنية . وقد تم لوزارة الصحة بالتمويل المتوفر لديها إطلاق مبادرات بارزة فى مجال تطوير أعمال تطبيق إدارة الجودة الشاملة فى عدد من المرافق الصحية ، وذلك بواقع (١٧) مرفقًا فى السنة الأولى (١٩٨٩م) ، و (٢٣) مرفقًا فى السنة الثانية (١٩٩٠م) . وحيث سنحت الفرصة لوزارة

الصحة ، كانت تقوم بتسخير طموحاتها ومهاراتها لعرض تجربتها فى تطوير إدارة الجودة الشاملة بالمرافق الصحية . وحسب وصف " بروكس ، ١٩٩٢م – *Brooks*" لمفهوم إدارة الجودة الشاملة : فإن مفهومها معرّف بشكل واضح ، وتاريخ تطورها موثق بشكل جيد . وقد أوردت بروكس عدة أسباب تشير فيها إلى جاهزية نظام " الخدمة الصحية الوطنية " لتطبيق إدارة الجودة الشاملة ، من هذه الأسباب :

- العناية بالنواحى الثقافية .
- المواهب غير مستغلة .
- الثقافة الإدارية المتنامية .
- الموظفون الملتزمون .
- الدعم العام ، والاهتمام ، والتطلع .
- الثقافة لمشترى الخدمة ومقدمها .
- الأهداف المشتركة النامية .
- تكاليف فشل الجودة العالية .

على صعيد آخر ، حصل بعض التقدم حول التعلق بخط ، أو بمسار تطبيقات إدارة الجودة الشاملة فى قطاع الخدمات الصحية ، وذلك فى ضوء ما عرض فى أحد المؤتمرات التى عقدت فى المملكة المتحدة ، عن إدارة الجودة الشاملة فى عام ١٩٩٠م (*Chase, 1991*) . وعلى الرغم مما أثير من مشكلات – وصلت إلى حد تهكم بعض المؤتمرين – حول إمكانات تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة ، على جميع مستويات نظام الخدمة الصحية الوطنية ، إلا أنه بدأ التبشير بفوائدها المتوقعة . وبصورة أكثر أهمية ، وقد ظهر مع التمهيد المبكر لإدارة الجودة الشاملة التزام وإخلاص من الموظفين المتخصصين المشاركين فى المؤتمر . وأحد التعليقات الدقيقة كانت : يوجد لدينا أفضل مقدمى الرعاية الصحية فى العالم . ما نحتاج إليه هو نظام إدارى متكامل يركز حول المستفيد (الزبون) لتحويل نظام الخدمة الصحية الوطنية إلى أفضل نظام صحى فى أى مكان .. وذلك من خلال تطبيق إدارة الجودة الشاملة .

كل شىء حسن إلى هذا الحد الآن . إلا أنه من منظور خلفية النقص فى البصيرة الإدارية ، فإن نظام الخدمة الصحية الوطنية بدأ يظهر كتنظيم مختلف عن العديد من التنظيمات المماثلة فى المملكة المتحدة . والسؤال الذى يعرض : هل بالإمكان إنشاء نظام لإدارة الجودة الشاملة ضمن نظام " الخدمة الصحية الوطنية " ؟ وهل يستطيع نظام " الخدمة الصحية الوطنية " ذلك ؟ والجواب هو أنه ينبغى على المرء أن يكون مدركًا لبعض العقبات الأولية أو الأساسية التى تعترض تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، مثل أى مبادرة جديدة ، فالحسابات قد تكون لمّاعة ومتفائلة فى آن معاً كما يرى كل من " ويلكنسون وويتشر ، ١٩٩١م *Wilkinson & Witcher,* " . وقد أشار هذان المؤلفان إلى أنه ربما يتوقع أن تكون إدارة الجودة الشاملة علاجاً لمشكلات الشركة مثل " أوامر الطبيب " .

وعلى أية حال ، تم الإخطار عن بعض العقبات المصاحبة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة مثل :

- قصر الفترة المصاحبة للتطبيق .
- التجزؤ التنظيمى .
- التناقض بين المديرين حول المفاهيم وآليات التطبيق .
- وجود قوى عاملة متشككة (فى جدوى تطبيق هذا الأسلوب) .

وعلى أية حال ، فإن التحذير المسبق للعقبات المصاحبة للتطبيق يتطلب الاستعداد لمواجهتها . من هنا فإن مؤيدى إدارة الجودة الشاملة الصاعدين والعاملين ضمن إطار نظام " الخدمة الصحية الوطنية " سوف يعملون جيداً لمعالجة صعوبات التطبيق المتوقعة ، وإيجاد حلول لها ضمن برامجهم .

التعاقد من أجل الجودة :

قبل تلخيص نماذج إدارة الجودة الشاملة التى ظهرت ضمن الرعاية الصحية فى المملكة المتحدة ، قد يكون من المناسب تغطية ما أدركته أو نظرت إليه وزارة الصحة فى عام ١٩٨٩م ، كمحرك رئيسى للجودة ، بما فى ذلك مفهومها للتعاقد ، وإدارة طالبى الخدمة (دافعى أجور الخدمات / المشترين *Purchasers*) ومقدموها .

إلا أنه قبل ذلك ، نود أن نشير إلى تطبيقات إدارة الجودة الشاملة فى قطاع الصناعة ، حيث يرتبط تطبيقها بتحسين العلاقات مع الموردين . أما ضمن اهتمام نظام " الخدمة الصحية الوطنية " بإدارة الجودة الشاملة ، فهى ترتبط بتأكيدها المتزايد على التنافس المنظم على مستهلكى الرعاية : فالمطلوب من نظام " الخدمة الصحية الوطنية " هو توفير هذا الحد التنافسى . ولتحقيق هذه الميزة الحقيقية أو تخيل فائدة تطبيق إدارة الجودة الشاملة ؛ يتطلب ذلك علاقة تعاونية جيدة بين طالب الخدمة " من المشترين لها " ومقدمها ، تلك العلاقة التى يمكن أن تستند إلى العناصر التالية :

- وجود مواصفات واضحة وغير غامضة للجودة .
- وجود علاقة إيجابية ناضجة بين طالبى الخدمة ومقدميها .
- مراقبة واضحة وفعالة (للخدمات المقدمة) .
- إيجاد فرص تمويل جديدة .
- توفر معلومات أفضل من/إلى المواطنين عن الجودة .

وضمن هذا السياق ، كانت الركيزة الأساسية لإصلاحات " ***العمل من أجل المرضى*** " هى بلوغ الجودة والتجاوب مع حاجات العميل ومتطلباته ؛ فالمشترون ومقدمو الخدمة والمرضى لديهم جميعًا توقعات مختلفة حول كيفية تعريف الجودة ، وقياسها والرقابة عليها .

وتُعدُّ الطريقة الأكثر عملية لموازنة التوقعات بين الأطراف الثلاثة أنفة الذكر ، هى أن يبنى ضمن أسلوب إدارة الجودة الشاملة معلومات أفضل حول مكونات جودة الرعاية . إضافة إلى إيجاد المعايير العملية للجودة والمقاييس المصاحبة لها ، وبالتالى سوف يكون ممكنًا مساعدة المشترى والمواطنين للحصول على القيمة القصوى نظير ما ينفقونه على رعايتهم الصحية ، وكذلك الحصول على رضاء أكبر من العملاء .

إن نظام تطوير هذه المعايير الواضحة للجودة يجب أن يجىء من نفس النظام الذى يستخدمه مقدمو الخدمة لتطوير الأسلوب الكلى للجودة . وينبغى على المشترين

ومقدمى الخدمة الرئيسيين أن يكون لهما نفس القدر من حرية الحصول على المعلومات نفسها لكن بدرجات مستويات مختلفة .

وضع الصورة التمهيدية لإدارة الجودة الشاملة فى الخدمات الصحية الوطنية فى المملكة المتحدة :

هذه المقاطع التمهيدية المشار إليها فى الأشكال المرفقة من (١-١٠) إلى (١-١٦) ، قد أضافت إلى الصورة الإجمالية " للخدمة الصحية الوطنية " ، استعداد (جاهزية) المبادرات لإدارة الجودة الشاملة التى تم الاستشهاد بها مسبقًا من واقع كتابات " كوش – *Koch* " فى عام ١٩٩١م .

وعلى امتداد المملكة المتحدة ، وفى مواقع عرض تجارب تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، وكذلك فى الوحدات الأخرى التى تم تمويلها إقليمياً ومحلياً أو بتمويل خاص منها لتحريك دفع مرحلتها الأولى من برنامجها لإدارة الجودة الشاملة – حدثت نقلة نوعية كبيرة فى نشاط إدارة الجودة الشاملة .

ففى العمل الذى تولاه المؤلف فى مجالى الاستشارات وتدريب الموظفين على جميع مستويات وحدات مقدمى الخدمة ، فإن بعض الهياكل (أو الأطر) الأولية قد بدأت تظهر لتصوير إدارة الجودة الشاملة . وليس بالضرورة أن تكون هذه الهياكل أو الأطر صحيحة أو شاملة ، لكن على أية حال ، فربما تكون مفيدة للقراء الذين يطورون أسلوبهم الخاص بإدارة الجودة الشاملة .

وتدور إدارة الجودة الشاملة ضمن هذه الهياكل أو الأطر حول المحاور التالية :

- **التوجيه الشامل (أو الكلى) للمريض .**

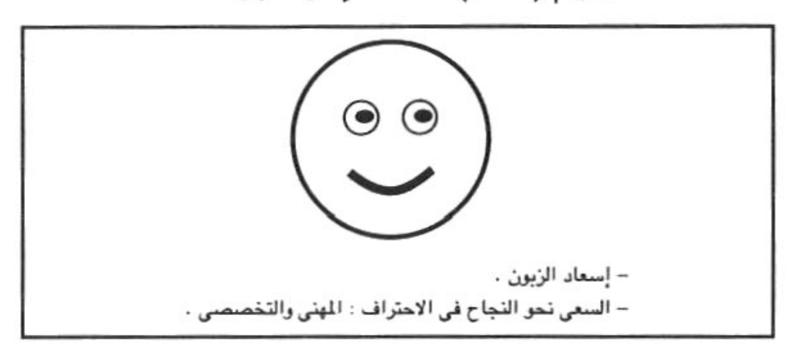
- **إدارة الجودة .**

- **قياس الأداء .**

وحسب الشكل (١-١٠) يتضمن برنامج توجيه (أو تهيئة) المرضى ، السعى نحو محاولة إسعادهم وإيجاد البهجة على وجوههم . ففى العديد من الحالات ، يحقق موظفو

نظام الخدمات الصحية الوطنية هذا الأمر باعتمادهم على موظفيهم المحترفين (التخصصيين أو المتمرسين) : ليس فى اعتمادهم على الحاسة التامة ، لكن على قدرتهم على إنجاز العمل بشكل جيد .

الشكل رقم (١-١٠) : أهداف إدارة الجودة الشاملة

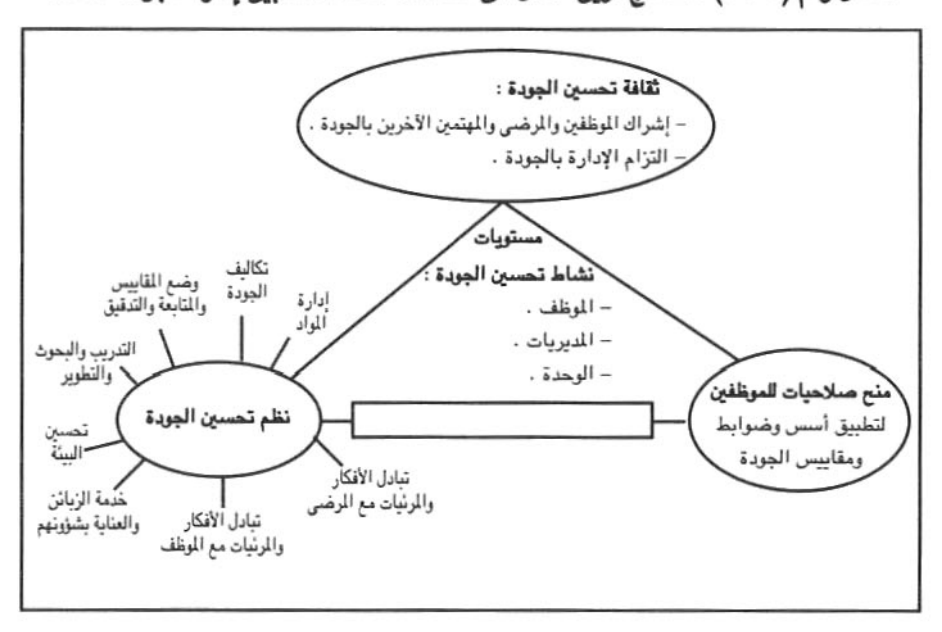


من ناحية أخرى ، يجب أن يؤدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة فى نظام " الخدمة الصحية الوطنية " ، إلى تحقيق فوائد عديدة له ، منها :

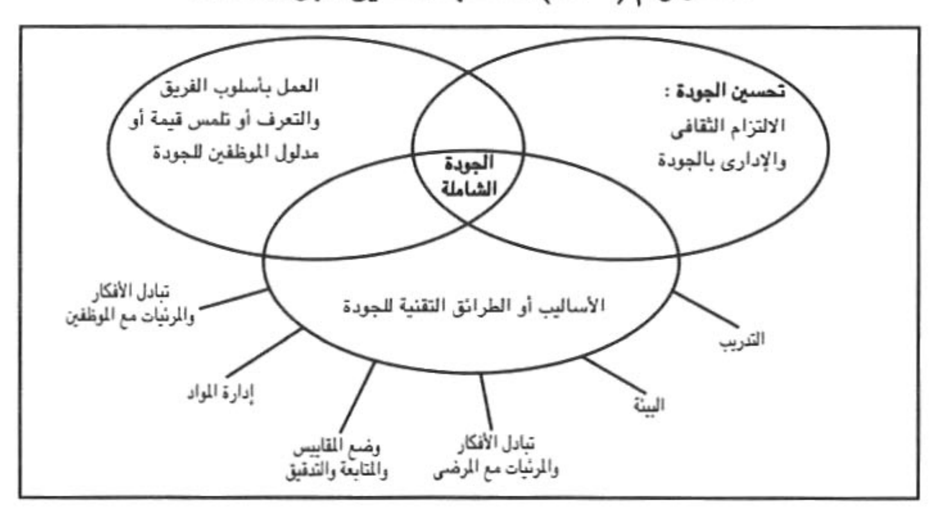
- تقديم خدمة جيدة ، بل السعى نحو تقديم خدمة أفضل .
- سرور وابتهاج المستفيدين أو العملاء من الخدمات المقدمة .
- رضاء الموظفين .
- وجود موظفين يعملون بشكل جيد عبر الأقسام المختلفة للمنشأة الصحية .
- تقليل تكاليف التشغيل .

وعلى ضوء ما تقدم ، نستطيع القول إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يعتمد على تناسج أدوات وأساليب وتقنيات فريق عمل ذى ثقافات وخبرات متنوعة . ويشير كل نموذج من النماذج الخمسة المبينة فى الأشكال من (١-١١) إلى (١-١٥) إلى الطرائق المختلفة لتحقيق هذا التكامل بين أفراد الفريق .

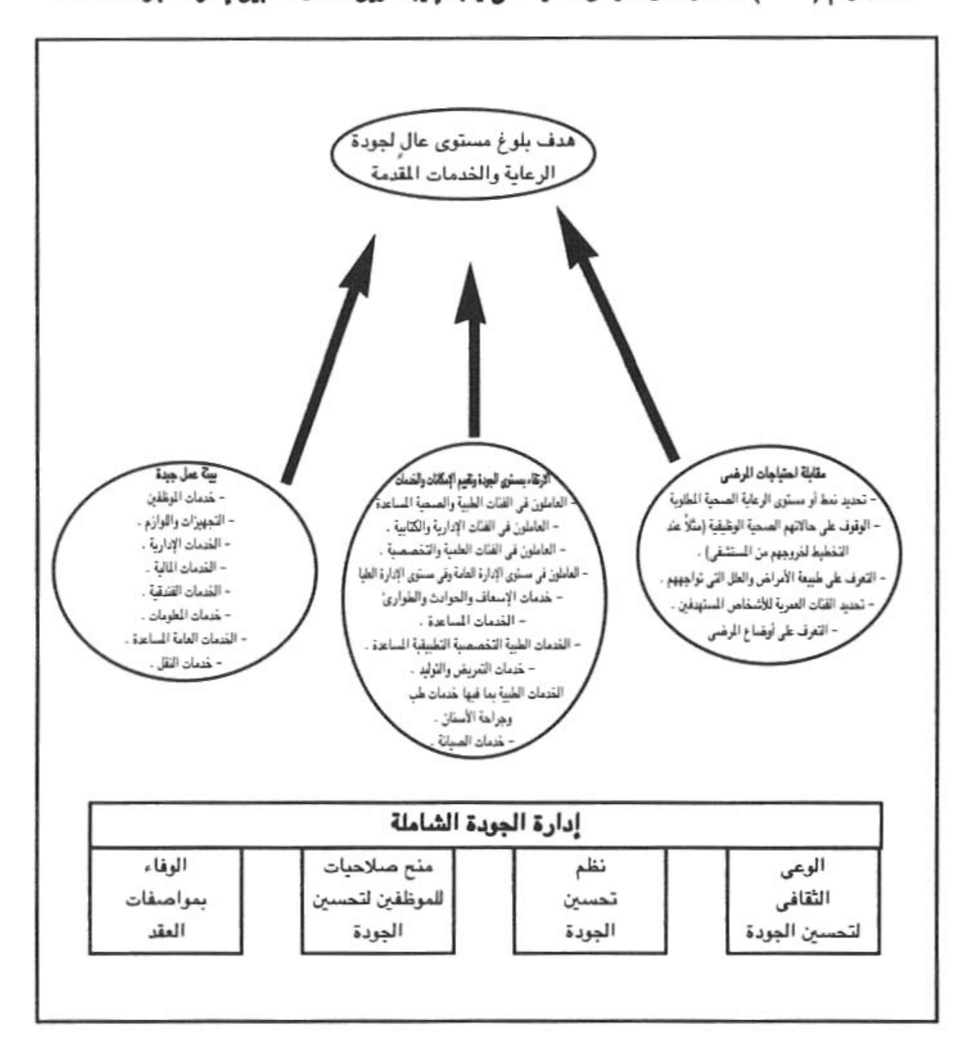
الشكل رقم (١-١١) : تناسج فريق العمل ذى الثقافات المتعددة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة



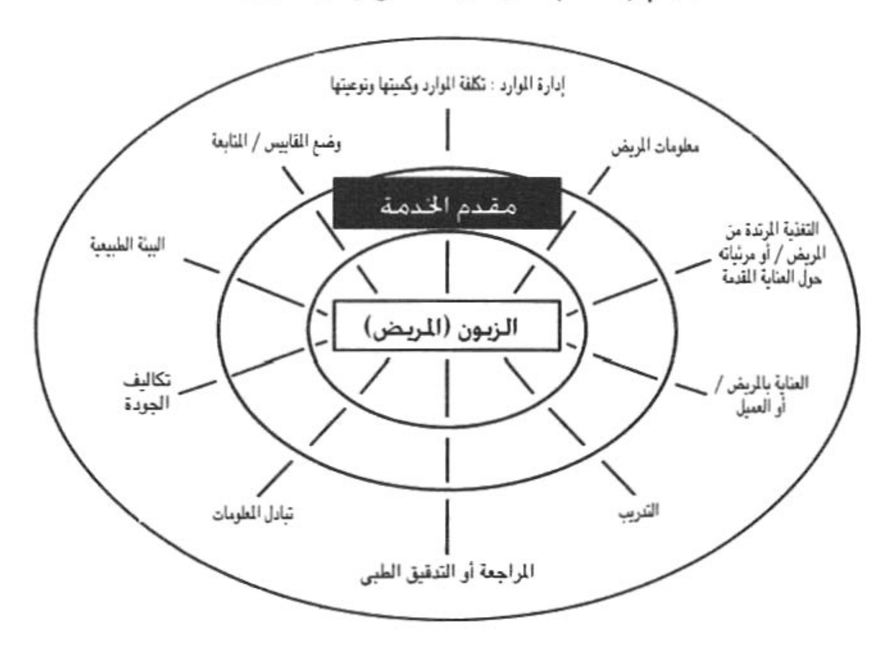
الشكل رقم (١-١٢) : متطلبات تحقيق الجودة الشاملة



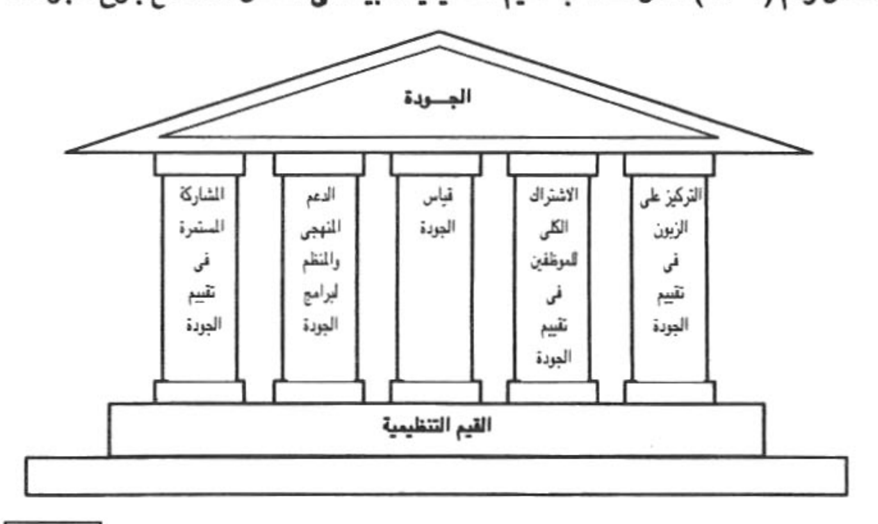
الشكل رقم (١-١٢) : الأدوات والطرائق الفنية التى يلجأ إليها فريق العمل لتطبيق إدارة الجودة الشاملة



الشكل رقم (١-١٤) : الإطار الثقافى لإدارة الجودة الشاملة



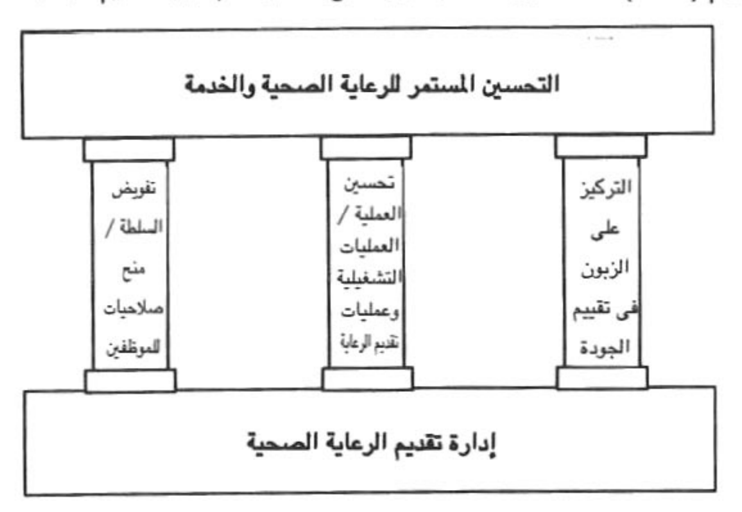
الشكل رقم (١-١٥) : هل تتناسب القيم التنظيمية المبينة فى الشكل أدناه مع بلوغ الجودة ؟



وفى محاولة الأخذ بالحسبان التعقيد والتنوع الحتمى لقضايا أو موضوعات الجودة كالتى تم عرضها فى النماذج السابقة ، فإن النموذج الذى يمكن ضمان نجاحه بشكل أفضل هو فى الحقيقة الذى يتميز ببساطته وسهولته ، أى ذلك النموذج الذى يمكن أن يستوعب أى موضوع مهما كانت طريقة طرحه .

إن النموذج العملى الذى أعطى للمؤلف شكلاً وجوهراً هو استفادته من خبرته كممارس سريرى ، ومدير ، واستشارى إدارى إلى هذا التاريخ . وهذا النموذج يُعلِّمنا العديد من جوانب الجودة الشاملة فى هذا الكتاب كما يظهر من الشكل رقم (١-١٦) .

الشكل رقم (١-١٦) : التحسين المستمر للجودة فى العمليات الإدارية لتقديم الرعاية الصحية



وباختصار ، فقد حدد زميل لى ، الغرض الرئيسى لإدارة الجودة الشاملة ، ببساطة شديدة ، وهو أن تؤدى عملك جيداً ؛ مما يسمح بإنتاج رعاية صحية ذى جودة عالية والتى سوف تتحسن باستمرار . ولبلوغ ذلك ينبغى الاهتمام بما يلى :

- التركيز على العميل (تبادل الآراء والأفكار مع المرضى ، والأطباء الممارسين ، والمشترين) .
- تحسين عملية تقديم الخدمة (وضع المقاييس / المراقبة والمتابعة المستمرة للعمل ، وحساب تكاليف الجودة ، واتخاذ إجراءات تصحيحية ، وعمل خرائط لتدفق النشاطات) .

- منح صلاحيات للموظفين (تقدير الموظفين ، وتقييم أدائهم ، وتدريبهم ، وإشراكهم في فرق التثبت من الجودة ، والتركيز على لطافة الموظفين وتوفير وسائل الراحة والمتعة لهم ، وتحسين شروط وبيئة العمل) .

إن كتل البناء الثلاث هذه ، لا تتطلب عناية أو اهتمامًا وتدخلاً فقط لتصحيح المشكلات التى تعترض بلوغ مستويات عالية من الجودة ، بل إدارة واضحة ومنظمة .

وينصبّ اهتمام هذا الكتاب على تقديم عشرة عناوين رئيسية عن إدارة الجودة الشاملة ضمن الرعاية الصحية بطريقة مرتبة وعملية .

يضاف إلى ما سبق ، أن نص الكتاب سوف يتراوح من المثال البسيط (توقيف سيارة ، منضدتك ، السلوك عند استخدام الهاتف) إلى المثال المعقد أو المتنوع (وضع مقاييس شاملة) .

وكلما كان المثال سهلاً ، فربما حصلنا على رسالة أفضل . ويعالج الكتاب فى فصوله اللاحقة القضايا التالية :

- التزام الموظفين وتطوير الإستراتيجية .
- إدارة وتنظيم إدارة الجودة الشاملة .
- قياس الجودة .
- تصميم الرعاية الصحية .
- الرقابة على عمليات الرعاية الصحية .
- منح صلاحيات للموظفين وحل المشكلات .
- التجاوب مع حاجات العميل ومتطلباته .
- استدامة الالتزام بالجودة والإبقاء على زخمها (كقوة دافعة) لتحسين أداء العمل والارتقاء المستمر بمستوياته .

وأخيراً ، أتمنى بصدق أن تجد متعة عند قراءة هذه الفصول ، وأن تجد خبراتك الشخصية قد انعكست فيها بوجود بعض المؤشرات المفيدة لمساعدتك فى مساعيك ومحاولاتك الخاصة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة .

الفصل الثانى

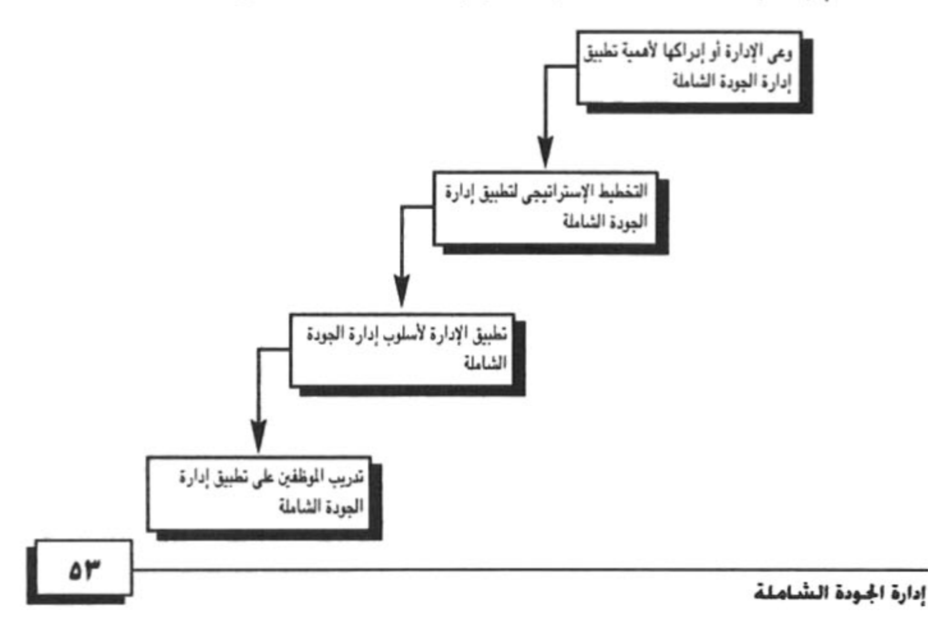
إستراتيجية الوصول إلى التزام الموظفين وتثبيت استمراريته

القيادة ، وكيفية التطبيق على جميع المستويات :

يتطلب إدخال تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة فى قطاع مضطرب ، مثل قطاع الرعاية الصحية ، قيادةً شديدةً ، وتوجيهًا قويًا من قمة التنظيم لتبنيه ، إضافة إلي وضع إستراتيجية متماسكة ، وخطة عملية لتطبيقه على النحو الصحيح . ولمساعدة وحدة تقديم الرعاية الصحية على تطبيقه ، فى جميع مراحله ، وعلى جميع مستوياتها التنظيمية ؛ فذلك يحتاج إلى دمج مسار سلوك تطبيقه مع سلوك أسلوب **طريقة الشلال (*Cascade Method*)** ؛ حتى يتم انسيابه فى كامل الوحدة الصحية .

ويظهر الشكل رقم (٢-١) أدناه ، الخطوات الرئيسية الأربع التالية فى خطة انسياب تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة فى وحدة الرعاية الصحية .

الشكل رقم (٢-١) : تطبيق خطة انسياب أسلوب إدارة الجودة الشاملة فى وحدة الرعاية الصحية



وحسب الشكل السابق تتمثل كل خطوة من الخطوات الرئيسية الأربع فيما يلى :

- الوعى والبصيرة الإدارية بأهمية أسلوب إدارة الجودة الشاملة ، والحرص الشخصى على الالتزام بتطبيقه .
- التخطيط الإستراتيجى لتطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة ، وإشراك الموظفين فى عملية التخطيط لتطبيقه .
- التطبيق الإدارى لأسلوب إدارة الجودة الشاملة ، وذلك بتكامل الجوانب التحليلية والسلوكية لعناصر تطبيق هذا الأسلوب .
- تدريب الموظفين على كيفية تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة .

وكما أشرنا آنفًا ، يتطلب تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة ، فى أى منظمة ، قيادة شديدة ، وتوجيهًا قويًا من قمة التنظيم لتبنى هذا الأسلوب . وينبغى أن تكون هذه القيادة ، بالطبع ، مستمدة من مديرها التنفيذى ، أو مديرها العام ، أو من أحد أعضائها المنتدبين من قبل مجلس الإدارة . وفى بعض الوحدات (الصحية) ، يحتمل أن يكون مدير الجودة ، فى الوحدة ، هو الشخص الذى يُظهر هذه السمة القيادية ، وبخاصة إذا كان أسلوب المدير التنفيذى يميل أو ينحاز نحو الإدارة المالية أكثر من ميله نحو إدارة الجودة الشاملة . ويمكن لإدارة الجودة الشاملة أن تنجح تحت إحدى هاتين القيادتين ، لكن وضعها تحت قيادة الأخير من المرجح أن يعطيها دفعًا أسرع لتطبيقها ، وقد يضمن لها نجاحًا بصورة أفضل من سابقتها .

كيفية الوصول إلى التزام الموظفين - الجزء الأول :

هل نحن ، بالفعل ، غير ملتزمين ؟

مع إطلاق أى مبادرة إدارية أو تنظيمية جديدة ، فإنه من غير المحتمل أن تكون جديدة بصورة شاملة على الموظفين . وينطبق هذا النوع من المبادرات ، بالتأكيد ، على أسلوب إدارة الجودة الشاملة . وقد يتساءل بعض الموظفين ، فى هذا المجال ، إن لم يكن جميعهم ، إذا كان سيقدم تطبيق هذا الأسلوب أو سيضيف شيئًا جديدًا لهم ، أم هو فقط محاولة جديدة لإعادة تغليف أسلوب الإدارة بالأهداف ؟ فيما يتعلق بإدارة

الجودة ، فإن الموظفين غالبًا سيعتقدون ، ويقولون حقًا : نحن ملتزمون سلفًا بجودة الرعاية والخدمة المقدمتين . وبلا شك فما يعتقدون به هو صحيح – لكن مع ذلك فإن الالتزام بالجودة وزيادة الالتزام بها يقتضى :

- زيادة المعرفة حول الجودة .
- تطوير مهارات جديدة لمواكبة الجودة .
- بيان مدى ملاءمة (الأخذ بـ) المساهمات أو التجارب الشخصية فى الصورة التنظيمية لإدارة الجودة .

وقد لا يكون كافيًا القول إن الموظفينَ ملتزمون بتحسين الجودة وقيمها الجوهرية ؛ إذ ينبغى أن يُظهر المتخصصون السريريون الأُوَل (*Senior Clinicians*) والمديرون التزامهم بالجودة فى جميع أعمالهم التى يقومون بها . ويمكن عرض الدور النموذجى ضمن الجودة من قبل الموظفين الأُوَل (*Senior Staff*) بعدة طرق ، مثل عملهم ، جنبًا إلى جنب ، مع الموظفين العاملين فى الواجهة الأمامية (كالممرضات والحمالين) حتى يجرِّبوا بأنفسهم العناية المباشرة بالمرضى ، ويحققوا شخصيًا فى شكاواهم .

ولضمان التزام الإدارة بدور مثالى أكبر تجاه الجودة ، ينبغى أن تبرز السلوكيات التالية :

١- وضع تصور واضح لالتزام الإدارة بالجودة (على المدى القريب ، والمتوسط ، والبعيد) .

٢- ضمان وضوح أهداف الوحدة وتكاملها ، ومن المهم أن يستوعب كل فرد هذه الأهداف بصورة واضحة .

٣- إجراء اجتماعات فعّالة ومثمرة ، وحفظ محاضر " دقائق " هذه الاجتماعات .

٤- القدرة على تبادل الأفكار والآراء بصورة جيدة – لا تحاول أن تفقد الرسالة خلال معالجة التفاصيل الفنية .

٥- الاستثمار فى التدريب – درِّب للوقاية من الوقوع فى الأخطاء أو إعاقة العمل .

وبالنسبة لـ " سيكولوجية " إدارة الجودة ، فقد فَصَّلَها " أولى *Ullah* " ، منذ فترة قريبة ، بوضوح تام (*Ullah,199?*)* ، وذلك بتأكيده على حاجتنا للتركيز على الأفراد ، وتغيير سلوكياتهم بدلاً من التركيز على التغييرات فى التقنية - فمن المعروف أن الأفراد يستوعبون بسهولة الأعباء التى يكلفون بها ، لكن من الصعب توقع إنجازها حسب ما يطلب منهم .

ولتشكيل أو تكييف المواقف التى ينتج عنها السلوك الواعى نحو الجودة ؛ فإنه من المهم أن يركز على المواقف الموجهة نحو عملٍ محدَّدٍ يتعلق بالسلوك ، بدلاً من التركيز على المواقف العامة حول الحاجة للجودة ، وأهميةٍ إرضاء العميل . من هنا ، فنحن بحاجة إلى أن نعرف كيف ترتبط قيمنا للعمل بسلوكياتنا عند أدائه ، وذلك من خلال رصد توقعاتنا واعتقاداتنا الخاصة حول قدراتنا على أداء العمل .

وتذكر للحظة واحدة هذه التعليقات المتقطعة ، غير المتسمة - كسلوكيات - بالجودة ، وتمثل ردَّ فعلك عليها :

موظف الاستقبال : لم أتلقَ أى تغيير ... بأن هذا هو من صلاحياتك .

ممرضة العظام : اذهب لقسم الأشعة واشتك ؛ لقد حاولت ، لا يمكننى أن أجعلهم أو أجبرهم على القيام بعمل أىِ شىء .

أى شخص : ليس من واجبى أن أعمل ذلك .

الحمال : لا أدرى لماذا يجعلوننا نعمل هذا العمل بهذه الطريقة .

المدير : عملى هو أن أقوم بفرز أو تصنيف الأزمات فى المستشفى .

الممرضة : المشكلة الرئيسية فى هذا المستشفى تتمثل فى نقص التمويل اللازم ، لكن لا أحد يصغى لنا .

الطبيب : أنا بحاجة إلى مكان لسيارتى الخاصة ؛ لأنى أتلقى استدعاءات طارئة لا تحتمل التأخير .

* لم يتمكن المؤلف من الحصول على تاريخ محدد ، (المترجم) .

الرؤية حول الجودة :

تشير قراءة أدبيات تطبيق المبادئ الأساسية للجودة ، ومضامين قيمها الجوهرية ، عبر الصناعات المختلفة ، إلى توافق نسبى بينها . ويوضح الشكل رقم (٢-٢) ، القيم الرئيسية لفرد ما ، فى منظمة ، يطبق إدارة الجودة الشاملة بنجاح .

الشكل رقم (٢-٢) : القيم الجوهرية لإدارة الجودة الشاملة



ونعرض فيما يلى تطبيقات هذه القيم الجوهرية للجودة فى المرفق الصحى حسب النموذج الوارد فى الشكل السابق :

١- خدمة المريض (والعملاء الآخرين) أولاً :

ينبغى أن تعزز العناية الصحية " خصوصية " أو " فردية " عملائها عن طريق عملية تخطيط الرعاية . ومع ذلك ، فإن كلاً من الموظفين والمواطنين (الجمهور) يعترفون بأن المقدرة على إدراك هذه الخصوصية هى تجسيدها فى القيمة الجوهرية المتمثلة فى شعار "خدمة المريض أولاً " - رغم فروقات درجات تجسيدها فى المجالين السريرى وغير السريرى .

وضمن هذا الإطار يمكن إثارة التساؤلات التالية :

- هل للمريض أولوية على الموظفين فى إيقاف سيارته أمام المستشفى ؟

- هل لدى المريض الخيار فى تحديد موعده مع الطبيب ؟

- هل يعرض على المريض تناول فنجان قهوة ؟
- هل للمريض الحق فى استخدام الهاتف ؟
- هل للمريض أن يبدى مرئياته حول العلاج المقدم له ؟

٢- تحقيق توقعات العميل وأكثر من ذلك :

عندما يكون المتخصّص (الذى يعمل فى مجال الخدمات السريرية) مُدربًا ومتمرسًا فى عمله ، يمكنه تعميم مشكلات الأفراد وسلوكياتهم ، وبالتالى يكون قادراً على تصنيف هذه المشكلات وتلك السلوكيات ، وترتيبها فى فئات تجعل من عمله مرتبًا بصورة أكبر لمقابلة توقعات عملائه بصورة كبيرة . إلا أنه مع اختلاف المهارات الفردية للمتخصصين فى هذا المجال ، ينبغى التعميم عليهم بضرورة اكتساب مهارة البحث الجاد عن أنسب الطرق لمقابلة توقعات عملائهم ، والعناية الفائقة بها ؛ وذلك لزيادة رضا العملاء حول الخدمات المقدمة لهم .

٣- تأدية الخدمة بشكل صحيح من أول مرة :

إذا أخذنا فى الاعتبار الطريقة التى تم بها تطوير نظام "الخدمة الصحية الوطنية" منذ عام ١٩٤٨م - وبشكل رئيسى - على أيدى الأطباء والمرضات والمحترفين ، نستطيع القول إن هذا النظام يمتاز بجودة عالية جداً ، حتى بدون وجود مواصفات الخدمة الشاملة . وضمن هذا السياق ، فقد لا نعرف ، فى حالات عديدة ، ما هى الخدمة الصحيحة ، وإذا كنا نعرف ، فقد يكون لدينا إصداران أو أكثر عن ماهية الخدمة الصحيحة . ونحتاج ، فى ضوء ذلك ، أن نسعى إلى إيجاد مواصفات وحيدة للموافقة عليها ، ووضعها قيد التطبيق أو الممارسة لأول مرة من قبل جميع المشاركين فى تطبيقها .

وفى هذه المرحلة من تطور إدارة الجودة الشاملة ضمن نظام الخدمة الصحية الوطنية ، فإن النقطة الحيوية والمثيرة للاهتمام هى : ماذا ينبغى أن يحدث عند عدم تقديم الخدمة بشكلها الصحيح من أول مرة ؟ والجواب هو ببساطة : ينبغى تقديم الخدمة المصححة بشكل صحيح فى المرة الثانية فوراً . وقد يكون فى اختيار بعض

الموظفين الأكفاء فى أقرب فرصة ؛ للبحث عن أسباب فشل تقديم الخدمة بشكلها الصحيح من أول مرة ؛ بهدف وضعها فوراً فى مسارها الصحيح - الخطوة الأولى نحو طريق تطبيق إدارة الجودة الشاملة .

٤- خفض تكاليف الأعمال المتسمة بتدنى جودتها :

قد يشعر البعض أن مصطلحى الجودة والكلفة متعارضان فى مضامين تطبيقاتهما اليومية ، مثل المرضة التى ترى أن الجودة تتحسن فقط عندما يتوفر تمويل أكثر للخدمات المقدمة . وإذا ما سألنا بعضًا من المختصين فى قطاع التصنيع عن نظرتهم لكل من الجودة والتكلفة ؛ سوف يكون ردهم الأولى مبنياً على مناقشة الاعتبارات المتعلقة بكيفية قياس نجاح منظمتهم ، وفق تعابير المستوى الصحيح لتكاليف الجودة ؛ أى ما هو مقدار الموارد المبددة (أو المهدرة) من عدم القدرة على بلوغ الأداء الصحيح من أول مرة ؟ إن القيمة الرئيسية التى ينبغى أن نستخلصها هى الاستفادة المستمرة من كل جهد ممكن ؛ لتحديد وتقليل تكاليف فشل الوحدة الصحية فى تقديم خدمات ذات مستوى عالٍ من الجودة .

٥- دعم الأداء الجيد للموظفين :

إن الوحدة الصحية الناجحة هى التى تكون قادرة على جعل موظفيها يشعرون من لحظة حثهم أو دفعهم على أداء العمل ، أنهم مقدرون كأفراد ، وكأعضاء فاعلين فى فرق العمل المشكلة ، ولديهم دور مهم لأدائه فى الوحدة .

لقد بنت منظمات مثل " ماركس وسبنسرز *Marks and Spencers* " نجاحها ، بشكل جزئى ، على إستراتيجيات العلاقات الإنسانية ، حيث احتل موظفوها المرتبة الثانية ، بعد عملائها الذين وضعوا على قمة أولوياتها ضمن هذه الإستراتيجيات .

إن فعالية إدارة الجودة الشاملة ، طبقاً لكل من " سيدون وجاكسون *Seddon and Jackson* " تقل ، غالبًا ، عند فشل الإدارة فى عدم أخذها بعين الاعتبار ، للعلاقة بين القيم الجوهرية للجودة ، والسلوك الثقافى ، والإنتاجية . فالتغيير الثقافى بين الموظفين لا يحدث بين يوم وليلة ؛ فهو يستند أولاً إلى درجة التزام الموظفين الأُوَل (*Senior Staff*)

بتطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة . ومن ثم ، ثانيًا ، عمل نقلة نوعية فى نظم القيم ، المرتكزة على الاعتقاد بالشغف ، نحو التغيير والتحسين الثقافى المرغوب ، الذى يكفل زيادة الإنتاجية ، والارتقاء بمستوى أداء العمل .

إن تأثير تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة سواء فى مستشفى ، أو خدمة مجتمعية ، هدفه ضمان تبنى الموظفين الأُوَل ، فيه أو فيها ، "لعقلية وقائية *Preventive Mentality*" ، وتدابير تكفل تعزيز أسلوب الأداء الصحيح للعمل من المرة الأولى ، وبخاصة فى الحالات والمواقف المتعلقة بتقديم الخدمات السريرية ، وغير السريرية (أوكلاند ١٩٨٩م – *Oakland*) . ولفهم الأمور والتدابير التى ينبغى أن نتبناها فى هذا المجال ، فقد يكون من المفيد ، بل من الضرورى ، إثارة التساؤلات الآتية للمعنيين من الموظفين الأُوَل فى مستشفى ، أو فى خدمة مجتمعية :

- هل تقيم تكاليف الأخطاء والشكاوى المتعلقة بالعلاج أو الخدمة المقدمة ؟ وما هو تقديرك لقيمة هذه التكاليف ، قليلة كانت أم صغيرة ، كنسبة مئوية من ميزانية الدخل ؟
- هل تعطى إدارة الجودة ووضع المقاييس أولوية كبيرة ؟
- هل تمتلك الخدمة نظمًا للجودة ؟ وهل تحتفظ بمعلومات موثقة ؟ وهل لديها سياسات وإجراءات منظمة ومرتبة ؟
- هل الموظفون متمكنون بشكل جيد لكيفية مواجهة المشكلات وإيجاد حلول مناسبة لها ؟
- هل الموظفون مدربون بشكل جيد لأداء العمل بشكله الصحيح من المرة الأولى ؟

ونستطيع أن نستخلص ، فى ضوء ما سبق ، أن مفهوم أسلوب إدارة الجودة الشاملة ، يهتم بتغيير مواقف ومهارات الموظفين ؛ كى تصبح ثقافة الرعاية الصحية أحد العناصر التى تقى من الفشل فى تطبيق هذا الأسلوب بشكله الصحيح من المرة الأولى .

تخطيط الإستراتيجية :

يجب أن تكون إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة فى أى وحدة رعاية صحية متكيفة (أو تمت معالجتها) مع الخصائص والثقافة الخاصة السائدة فيها . وبرغم ذلك ،

هناك ، ومن واقع الخبرة المكتسبة ، بضعة مكونات رئيسية ينبغى أن توجد فى تطوير الإستراتيجية ؛ لإعطاء إدارة الجودة جوهر طرق العمل أو أسلوبه ، والتصرفات والسلوكيات التى ينبغى اتباعها لمدة تترجح من سنة إلى ثلاث سنوات ، وذلك قبل تنقيحها ومراجعتها مرة أخرى . ومن أهم المكونات الرئيسية التى تتضمنها الإستراتيجية ما يلى :

١- **مقدمة للجودة ، وتحسين الجودة** – وضع تصور عام أو نظرة عامة .

٢- **الخطوط العريضة لإدارة الجودة الشاملة :**

- ثقافة الجودة والرؤى حول أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة .
- التزام الإدارة والمتخصصين السريرين بالجودة .
- فرق العمل ومنح أو تفويض الصلاحيات اللازمة .
- نظم تحسين الجودة ، وأدواتها ، وتقنياتها .
- توجيه المرضى وعملاء الوحدة الصحية .

٣- **صلة إدارة الجودة الشاملة بالعمليات الإدارية الأخرى :**

- صلتها بالمؤشرات الإدارية .
- المراجعة الطبية .
- تخطيط الأعمال .
- التعاقد .
- ميثاق حقوق المرضى .

٤- **وصف مفصل للمكونات الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة :**

- إستراتيجية الاتصالات (تبادل الأفكار والآراء) .

- الاتصالات بين المرضى والموظفين .
- وضع المقاييس ، ومراقبة الأعمال ، ومراجعتها .
- تكاليف الجودة .
- استخدام المعلومات .
- تحسين أسلوب أداء فرق العمل ، وتفويض أو منح الصلاحيات لفرق متابعة الجودة .
- التدريب على الجودة .

٥- مسؤوليات التطبيق :

- جميع الموظفين .
- الأشخاص الرئيسيون .
- دور المجموعة أو اللجنة التنفيذية الموجهة لأعمال إدارة الجودة الشاملة .
- دور أعضاء الهيئتين الطبية والتمريضية .

٦- تطبيق البرنامج :

- خلال الفترة الممتدة من ستة شهور إلى اثنى عشر شهراً .
- الأهداف التفصيلية / المسؤوليات / البرنامج الزمنى .

******

أولوية خدمات الرعاية فى فال أيلسبرى
نحو جودة شاملة - إستراتيجية عمل للتطبيق

١- مقدمة :

تقدم وحدة "فال أيلسبرى" الصحية ، خدمات صحية على مستوى عالٍ من الجودة فى مجالات الصحة العقلية ، والتعامل مع الإعاقات العقلية ، والتأهيل الطبيعى ، وعلاج الآلام المزمنة ، والرعاية الصحية العامة للمجتمع . وحسب الخطوط العريضة الواردة فى ملخص مجلس أمناء هذه الوحدة لتطبيقات الجودة فيها (إبريل ١٩٩١م) ، تستمر الوحدة فى تلبية الاحتياجات الصحية المحلية والتثقيفية ، الحالية منها والمستقبلية ، وكذلك تلبية احتياجات العاملين فيها ومكافأتهم ؛ وذلك لتحسين جودة الخدمة فيها من خلال تطبيق إستراتيجية عمل "نحو جودة شاملة" .

٢- الجودة الشاملة :

إن المبدأين اللذين نسترشد بهما فى موضوع الجودة الشاملة هما : تمنياتنا بتقديم أفضل خدمة ممكنة لزبائننا فى كل الأوقات ، ودعم وتعزيز الاحتراف المهنى لموظفينا .

إن هذا الالتزام بالمستوى العالى للخدمات فى وحدة "فال أيلسبرى" الصحية يقتضى أن تدار وتقدم جميع جوانب الخدمة بأفضل مستوى ممكن . وينبغى عليهم مقابلة احتياجات مجتمع منطقة الخدمة . وينبغى أن تؤدى الجهود المقدمة باستمرار من قبل الموظفين العاملين فى كلا الخدمات السريرية وغير السريرية إلى تحسين هذه الخدمة . ويمكن وصف هذه الجهود من خلال :

- وجود التزام إدارى ، وقيادة فاعلة ؛ لتحسين جودة السلوك العام أو البيئة الثقافية للوحدة الصحية ، وإشراك الموظفين والمرضى والمهتمين الآخرين فى عملية تحسين الجودة .

- وضع أو تأسيس نظم لتحسين الجودة (مثل : وضع المقاييس ، والمراجعة والتدقيق فى الإجراءات والأعمال المقدمة ، وتكاليف الجودة) ؛ لمراقبة ومراجعة الجوانب الرئيسية للرعاية والخدمة المقدمة من قبل جميع فرق العمل المُشَكَّلَة فى الوحدة الصحية وسائر أقسامها .

- تسهيل فاعلية فرق العمل فى الوحدة ، والتعاون بين أفرادها ، وتقدير الموظفين المتميزين فيها ، وتقديم التدريب المناسب لهم ، والعمل على دعمه .

- ضمان جودة الخدمات المقدمة ، والارتقاء بمستوياتها ، بما يفى بمقابلة توقعات المشاركين ببوالص التأمين الصحى عبر العملية التعاقدية بين الوحدة الصحية وبينهم .

٢- عناصر الإستراتيجية :

تشمل إستراتيجية الجودة الشاملة للوحدة الصحية العناصر التالية :

- **إستراتيجية الإدارة** - تتضمن ما يلى :

- تشكيل لجنة تنفيذية من قبل مجلس إدارة الوحدة الصحية لاتخاذ القرارات التى تضمن سرعة وفعالية تطوير وتنسيق مبادرات الجودة .

- أن يكون هناك تبادل للأفكار والآراء بين العاملين فى جميع الوحدة الصحية حول مبادرات الجودة وبيان مدى التقدم فيها . ويعد تأليف فرق التحسين وتدريب المنسقين (أو مسهلى الأعمال) أساساً مهمًا لذلك . وقد يكون من المفيد الاستعانة بمرشد (استشارى) خارجى لتسهيل وضع إستراتيجية الإدارة فى مراحلها الأولية .

- **إستراتيجية الاتصال أو التواصل بين المريض وموظفى الوحدة الصحية** ، تشتمل على ما يلى :

- ستقوم الوحدة الصحية بوضع خطة تفصيلية وواضحة لتبادل الأفكار والآراء مع الأفراد الذين تعمل على خدمتهم (المرضى ، والمهتمين ، والممارسين العامين) . وسوف تحدد هذه الخطة احتياجاتهم حول خدمات الرعاية الصحية المقدمة ،

وكذلك رضاءهم عنها ، بما يتوافق مع ميثاق حقوق المرضى . كما ستأخذ الخطة بعين الاعتبار ، أيضاً ، مقابلة احتياجات العملاء الداخليين للوحدة الصحية ، أى مجموعة الموظفين السريريين والموظفين الإداريين العاملين فى الوحدة الصحية .

- وضع مقاييس للجودة ، والقيام بأعمال المتابعة المستمرة والمراجعة الطبية :

سوف تتضمن نظم الحفاظ على تحسين الجودة ما يلى :

- وضع مقاييس للجودة قابلة للقياس وموافق عليها .
- المتابعة المستمرة للأداء ؛ وذلك للتأكد من الامتثال للمقاييس الموضوعة .
- المراجعة الطبية والتمريضية ، وكذا مراجعة النظراء لإجراءات التشخيص والعلاج ، بما فى ذلك متابعة النتائج الإيجابية والسلبية للرعاية والخدمات المقدمة .
- تطبيق تحسينات محددة مسبقاً للجودة .

- تكاليف الجودة وبيان الموارد المبددة (أو المهدرة) :

إن تحديد التكاليف الخفية المستمرة التى تشير إلى مستوى متدنٍ للجودة أينما وجدت يعد أمراً فى غاية الأهمية . ويمكن مواجهة ذلك إما بزيادة إدراك الموظفين حول هذه التكاليف ، وحفزهم إلى العمل للتقليل منها ، من خلال اللجوء إلى طرائق تقييم أفضل لأدائهم ، واتباع سلسلة من الإجراءات لتجنب هذه التكاليف ، وإما بتخصيص بعض الأموال بهدف استثمارها فى التخطيط للجودة ، بما يتناسب مع الاقتصاد فى احتواء التكاليف الممكنة ، والاستفادة بشكل مناسب من الاقتصاد ، سواء فى الوقت أو الموارد المالية ، بإعادة استثمارها أو توظيفها مرة ثانية فى أعمالٍ ذات صلة بالارتقاء بمستويات الجودة ، وتقدير ومكافأة الموظفين المبدعين والمتميزين فى أعمالهم .

- معلومات الإستراتيجية والقياس :

من ضمن عناصر إستراتيجية الجودة أن يتم التأكد من جمع البيانات الملائمة ذات الصلة بالجودة ، وتحليلها ، وإخراجها كمعلومات إدارية ؛ بهدف أن يكون جميع

الموظفين على دراية تامة باتجاهات مؤشرات الجودة فى الوحدة الصحية ، وتقدم مستوياتها .

- الارتقاء بأعمال الفرد وفرق العمل :

إن الموظفين سواء العاملين منهم بشكل فردى (كالعاملين فى مجال الرعاية التمريضية) ، أو بصورة جماعية كأعضاء الفرق ذوى التخصصات المتعددة (كالمعالجين والمتخصصين السريريين) ، يجب أن يكونوا موضع تقدير واحترام ودعم مديريهم وزملائهم فى العمل ؛ حيث إن تعزيز التقييم الإيجابى الخاص بكل منهم ، والسعى نحو تنمية قدراتهم الشخصية عن طريق التدريب الصحيح ، فى ضوء توفير الإمكانات المناسبة لذلك ، إضافة إلى دعم الوحدة لبرنامج للأبحاث والتطوير ؛ بهدف الوصول إلى أنسب الوسائل للارتقاء بأعمال الموظفين ، يُعدُّ عنصراً أساسياً فى إستراتيجية الجودة لتحسين جودة العمل فى الوحدة الصحية .

- تسويق الخدمة وزيادة الموارد :

مع التزايد المطرد لإدارة الخدمات بشكل جيد ، والرقى بمستوى جودتها ، فإن الوحدة الصحية سوف تصبح قادرة على تقدير قدراتها التسويقية ، وتمكينها بالتالى من جذب عائد ، أو دخل إضافى من المشترين القريبين . إن إدراك هذه الإمكانية سوف يسهل للوحدة الصحية القيام بأعمال التطورات المرغوب إدخالها على الخدمات السريرية . وهذه الأعمال قد تم تلخيصها فى الشكل رقم (٢-٣) .

٤- المسؤوليات المنوطة بالطاقم الإدارى لتطبيق إستراتيجية الجودة :

إن مدير عام الوحدة الصحية ، ومجلس إدارتها ، وبشكل خاص مدير وحدة التمريض فيها ، هم الذين يناط بهم ، عادة ، مسؤولية تطبيق إستراتيجية الجودة ؛ فهم الذين يدعمون جميع المديرين والمتخصصين السريريين لتنفيذ نشاطات أو فعاليات الجودة فى الخدمات التى يرتبطون بها . وكما هو موضح فى الشكل رقم (٢-٤) ، فإن نجاح الانتقال نحو الجودة الشاملة ، يعتمد على حماس ومشاركة جميع الموظفين العاملين فى الوحدة الصحية .

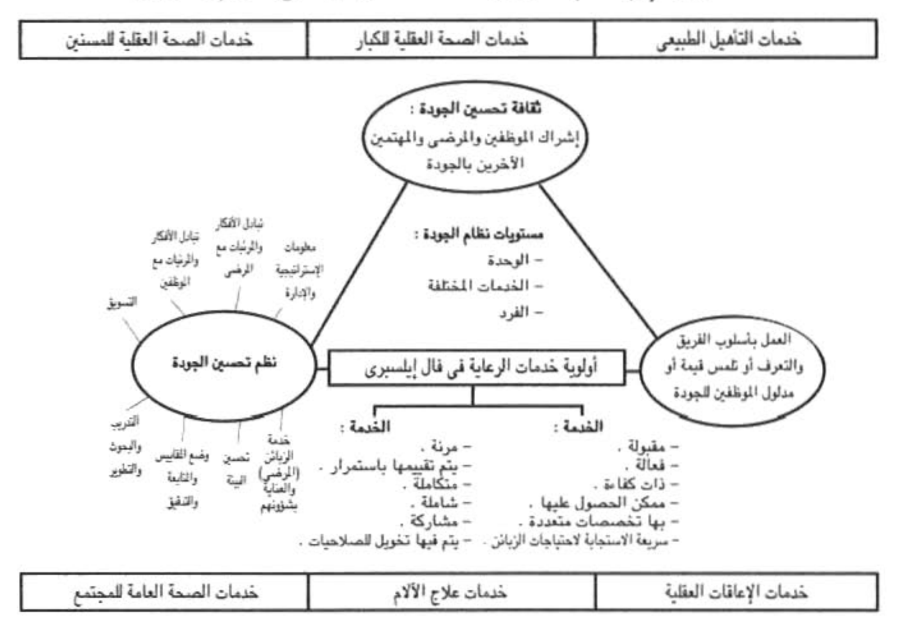
٥- برنامج قصير الأجل لتطبيق إستراتيجية الجودة * :

فعاليات البرنامج	تاريخ التنفيذ أو البدء
١- الانتهاء من وضع إستراتيجية الجودة .	٦/٩١م
٢- تطوير إستراتيجية للاتصالات .	٨/٩١م
٣- مناقشة الإستراتيجية مع جميع الموظفين عن طريق مجموعات إدارة الخدمات المختلفة ، يتبعها محاضرات تدريبية على أساس فصلى (أى كل أربعة أشهر) لتعزيز المبادئ الرئيسية للإستراتيجية وللتنمية المستمرة لمهارات الموظفين .	١٠/٩١م
٤- تشكيل فرق تحسين الجودة لجميع خدمات الوحدة الصحية ، واختيار أو ترشيح من يقوم بتسهيل أعمال هذه الفرق فى كل من :	
أ. خدمات الإعاقات العقلية .	٨/٩١م
ب. خدمات الطوارئ والحوادث .	٩/٩١م
جـ. خدمات التأهيل الطبيعى .	٩/٩١م
د. خدمات صحة المجتمع .	١٠/٩١م
هـ. خدمات الصحة العقلية للبالغين .	١٠/٩١م
و. خدمات علاج الآلام المزمنة .	١١/٩١م
٥- تقديم تدريب لمن سيعهد إليهم بتسهيل أعمال الفرق .	١٠/٩١م
٦- العمل على وضع مقاييس شاملة للجودة ومتابعة الإستراتيجية .	١٠/٩١م
٧- تطوير إستراتيجية تكاليف الجودة .	١٠/٩١م
٨- إعداد عرض لتمويل الجودة من ميزانية الوحدة الصحية .	١١/٩١م
٩- التأكد من الانتهاء من تشكيل حلقات الجودة فى جميع مجموعات الرعاية أو العناية .	١١/٩١م
١٠- مراجعة مبادرات الجودة الموجودة .	١/٩٢م
١١- توضيح تفصيلى لبرنامج تحسين الجودة الذى سيتم تنفيذه خلال السنوات الثلاث المقبلة فى جميع مجموعات الرعاية (أو العناية) ووظائف وأعمال الوحدة الصحية .	٣/٩٢م
١٢- إجراء مراجعة لإستراتيجية الجودة الشاملة للسنة الأولى .	٥/٩٢م

* المصدر :

John Sabugueiro & Hugh Koch, Manor House, Bierton Road, Aylesbury, July, 1991.

الشكل رقم (٢-٣) : أولوية خدمات الرعاية فى فال إيلسبرى



الشكل رقم (٢-٤) : نجاح الانتقال نحو الجودة الشاملة



وحدة خدمات السلطة الصحية المركزية " بغرب غلامورغان "

إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة لتطبيقها خلال الفترة ١٩٩٢ / ١٩٩٣م

١- مقدمة :

التزمت هذه الوحدة الصحية بتوفير أعلى المقاييس الممكنة للرعاية والخدمة المقدمتين فيها فى حدود مواردها المتاحة . ويُعدُّ تطبيق هذه الوحدة لإستراتيجية "إدارة الجودة الشاملة" المفتاح الرئيسى لتحقيق رؤية ما التزمت به . كما جاء هذا الالتزام متسقًا مع توجهات أوراق سبق أن أعدتها الوحدة فى هذا الشأن ، وكل من توجيهات إدارة المنطقة ومديرية الشئون الصحية المشرفة عليها . وسوف يُكمل تطبيق استخدام إستراتيجية " إدارة الجودة الشاملة " من تعزيز جودة الخدمة المقدمة ، بشكل نموذجى ، لسائر المرضى من خلال مهارات المحترفين من موظفى الوحدة .

وبالطبع ، فإن مفهوم جودة الرعاية ، ليس على أى حال ، مفهومًا جديدًا على الوحدة الصحية ، لكن ربما الشيء الجديد فيه ، هو أن تطبيق إستراتيجية الجودة فى الوحدة سوف يضفى عليه اهتمامًا أفضل بتحسين مستويات الجودة فيها ، وذلك من خلال التنسيق الفعال ، والربط المحكم بين مختلف أعمالها .

٢- نحو جودة شاملة للرعاية والخدمة فى " غرب غلامورغان" :

سوف تعمل وحدة " غرب غلامورغان " الصحية من خلال تطبيقها لإستراتيجية "إدارة الجودة الشاملة" على تحقيق الأهداف التالية (الشكل رقم ٢-٥) :

- مقابلة احتياجات وتوقعات المرضى الموافق عليها فى " غرب غلامورغان " .
- تأمين موظفين أكْفاء يتصفون بمعنويات مرتفعة ، ومواقف إيجابية ، ومهارات نوعية عالية ، إضافة إلى الإبقاء على المتميزين العاملين منهم .
- إيجاد بيئة عمل تسمح بتقديم خدمات على مستوى عالٍ من الفعالية والكفاءة .

وسوف يتسم تحقيق الأهداف المشار إليها سابقًا من خلال تطبيق هذه الإستراتيجية فى الوحدة الصحية بالآتى :

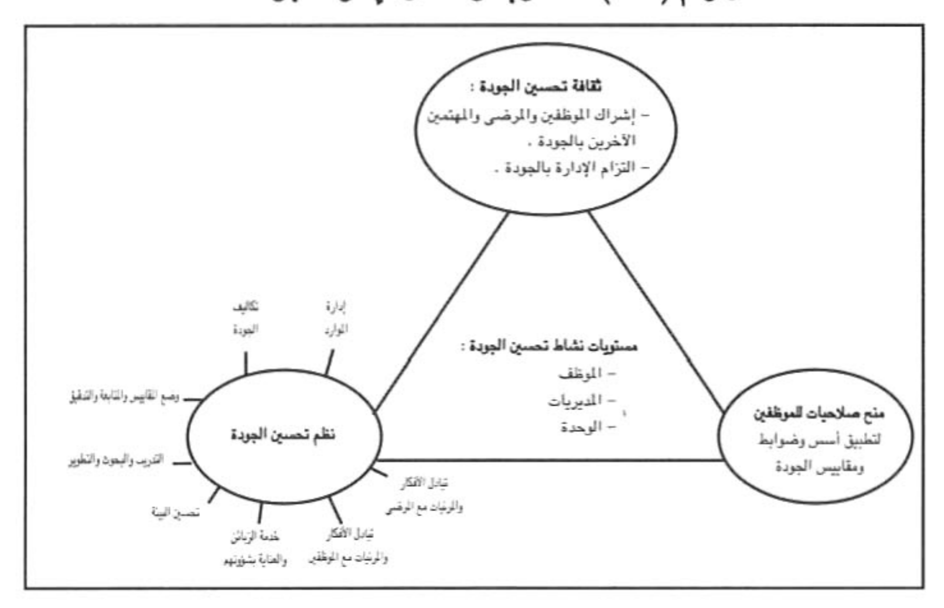
- تعميم ثقافة تحسين الجودة فى الوحدة الصحية - وذلك من خلال إشراك جميع الموظفين فى فعاليات الجودة (وكذلك المرضى متى كان ذلك ملائمًا) - والسعى نحو الحصول على التزام الإداريين والمتخصصين بتحسين الجودة على جميع مستوياتهم التنظيمية .

- إنشاء نظم لتحسين الجودة (على سبيل المثال : وضع مقاييس للجودة ، والقيام بإجراء مراجعة لتدابير التشخيص والعلاج وتكاليف الجودة) لمتابعة ومراجعة مختلف جوانب الرعاية والخدمة الرئيسية المتغيرة ، وتلك التى تثور حولها المشكلات بصفة متكررة ، بما فى ذلك المبادئ الخاصة بميثاق حقوق المرضى .

- منح صلاحيات للموظفين لتسهيل فعالية أعمال الفرق ، والتنسيق الفعال بين مختلف أقسام الوحدة الصحية التى يعملون فيها ، وتقوية روابط العمل بينهم ، وتقدير المتميزين منهم ، إضافة إلى تدريبهم المستمر بهدف تطوير قدراتهم ومهاراتهم ذات الصلة بأعمالهم .

- ضمان أن يكون مستوى الخدمات المقدمة مقابلاً ، إن لم يزد ، للمقاييس المرسومة من قبل الوحدة الصحية وعملائها (المشترين لخدماتها) فى ضوء العملية التعاقدية المتفق عليها من قبل هذين الطرفين .

الشكل رقم (٢-٥) : أسلوب أو مدخل «إدارة الجودة الشاملة»



٣- عناصر الإستراتيجية :

تشمل إستراتيجية الجودة الشاملة للوحدة الصحية العناصر الآتية :

- إستراتيجية الإدارة :

سوف يستمر فريق الوحدة الإدارى فى العمل على تطوير وتنسيق مبادرات الجودة فى جميع الأقسام السريرية وغير السريرية تحت إشراف المجموعة التوجيهية لأعمال الجودة .

وسوف يعمل الفريق المذكور - من خلال اتباعه لمدخل (أو أسلوب) دقيق وواضح للتخطيط للجودة - على التأكد من أن سائر أقسام الوحدة الصحية ، وكل خدمة فيها ، تعمل على تطوير خطتها الخاصة للمؤشرات الرئيسية للجودة ، ووضع مقاييس قابلة للقياس والتحقيق لكل مؤشر ، عندما يكون ذلك ملائمًا . وكما يوضح الشكل رقم (٢-٦) سوف تضمن هذه العملية تعزيز القيم الرئيسية للجودة ضمن كل قسم من أقسام الوحدة الصحية :

الشكل رقم (٢-٦) : القيم الجوهرية لإدارة الجودة الشاملة

تكريس مبدأ خدمة الزبائن/ أو المريض أولاً

استباق تنفيذ رغبات العميل / المريض وتلمس توقعاته

مقابلة توقعات العميل / المريض وإيلاؤها العناية الفائقة

أداء الخدمة بشكلها الصحيح من أول مرة

الإسهام فى خفض تكاليف الأعمال المتسمة بتدنى جودتها

دعم الأداء الجيد للموظفين

وسوف تخدم المعلومات المشار إليها فى الشكل السابق ، إضافة إلى وثيقة العقد الموجودة أصلاً حول طبيعة هذه المعلومات ، كقاعدة فعالة لإدارة العقد بين كل من : المشترى ، وفريق الوحدة الصحية ، وخدماتها . ومن هنا ، سوف يتيح وجود مثل هذه القاعدة حق استعمالها بشكل ودى فى الوحدات الأخرى .

- تثبيت مقاييس عالية الجودة لكل خدمة والحفاظ عليها :

إن عملاً معتبراً ، بل ومهمًا ، قد تم للأقسام الإدارية والفنية فى وحدة " غرب غلامورغان " الصحية ؛ لضمان جودة الخدمات المقدمة فيها ، وذلك من خلال وضع مقاييس لجودة خدماتها ، وأطر لأعمال مراجعة إجراءات التشخيص والعلاج ، ونتائج خدماتها المقدمة .

ومن أجل الحفاظ على التحسين المستمر لجودة خدماتها المقدمة تمت مراعاة عدد من الأسس ، من أهمها :

- وضع مقاييس شاملة للجودة يُوافق عليها ، وتكون قابلة للقياس ، وتغطى فى الوقت نفسه ، مختلف جوانب الرعاية والخدمات الرئيسية المتغيرة ، وتلك التى تثور حولها المشكلات بصفة مستمرة .
- مراقبة أداء العمل للتأكد من الامتثال لمقاييس الجودة الموضوعة .
- مراجعة النتائج الإيجابية والسلبية للرعاية المقدمة ، وذلك من خلال سلسلة من إجراءات المراجعة الخاصة التى تتسم بالوضوح والكفاءة .

- تحسين الجودة والحد من هدر الموارد :

إن تحديد التكاليف الخفية المستمرة للأعمال التى تتصف بتدنٍ فى مستوى جودتها (قصور فى أداء العمل ، وهدر فى استخدام المستهلكات ذات الاستخدام لمرة واحدة ، وإضاعة الوقت) والسعى نحو خفضها أينما وجدت ، وتكريس الوقت والجهد للوقاية أو الحد من المشكلات التشغيلية ، يعد أمراً فى غاية الأهمية . ويتأتى ذلك ، بزيادة إدراك ووعى الموظفين حول هذه التكاليف ، وتشجيع مبادراتهم لتحسين الخدمات المقدمة للمرضى ، والعمل على تقليل تكاليفها دون إخلال بمستوى جودتها ، وإعادة استثمار أو توظيف المدخرات المحققة ، فى أعمالٍ ذات صلة بالارتقاء بمستويات الجودة ، وتقدير ومكافأة الموظفين المبدعين والمتميزين فى أعمالهم .

- الاتصال بالمرضى وموظفى الوحدة الصحية .

تنوى الوحدة الصحية تعزيز وتطوير طرق أخرى للاتصال بالأفراد التى تعمل على خدمتهم ، أى المرضى ، والمهتمين من أعضاء هيئات الرعاية الطبية المساعدة ، والممارسين العامين . إضافة إلى تحديد درجة رضائهم عن خدمات الرعاية الصحية المقدمة من قبلها ، وذلك بالتوافق مع ميثاق (دستور) حقوق المريض الذى تم رسم خطوطه العريضة مؤخراً (فى شهر تموز/يوليو ١٩٩١) فى مجلس النواب "البرلمان" (*HMSO, July,* ١٩٩١م) . كما ستأخذ الوحدة بعين الاعتبار ، أيضاً مقابلة ما أمكن من احتياجات العملاء الداخليين للوحدة الصحية ، أى مجموعة الموظفين السريريين والموظفين الإداريين العاملين فى الوحدة الصحية .

- منح صلاحيات مناسبة للموظفين :

إن متابعة إعلام الموظفين بشكل جيد عما سبق الإشارة إليه فى الفقرة السابقة ، يستلزم أن يشعر الموظفون بأن لديهم صلاحيات مناسبة تمكنهم من ممارسة مسؤولياتهم كاملة لحل المشكلات التى يواجهونها ، واتخاذ الإجراءات العملية ذات الصلة بتحسينات الخدمة . ومن أهم المقومات والدعائم الرئيسية التى سيتم تعزيزها وتطويرها ضمن سياق إستراتيجية الجودة لهذه الوحدة لجهة منح الموظفين الصلاحيات المناسبة بهدف ممارسة مسؤولياتهم والارتقاء بها ما يلى :

- التركيز على الموظفين عند اتخاذ القرارات ، وذلك بالاعتماد على خبراتهم الخاصة وأفكارهم .
- مساندة الإدارة العليا لمنح الموظفين الصلاحيات المناسبة التى تمكنهم من أداء مسؤولياتهم بكل كفاءة واقتدار .
- دعم عمل فريق (أو فرق) تحسين الجودة المشكل أو المؤلف من الأعضاء ذوى التخصصات المتعددة .
- السعى نحو تنمية قدرات ومهارات الموظفين الذين هم على رأس العمل عن طريق تدريبهم الصحيح وتوفير الإمكانات المناسبة لذلك ، إضافة إلى دعم برامج للأبحاث والتطوير بهدف الوصول إلى أنسب الوسائل للارتقاء بجودة الخدمات المقدمة (بما فيها برامج رعاية العميل / المريض) ، وبما يكفل أيضاً تحقيق فوائد للموظفين من خلال رفع معنوياتهم وزيادة ثقتهم بأنفسهم .

وتأسيساً على ما تقدم ذكره فى العناصر الرئيسية لإستراتيجية الجودة ، وفى ضوء القيم الجوهرية لإدارة الجودة الشاملة الموضحة فى الشكل رقم (٢-٦) ؛ سوف تزيد قدرة الوحدة على إدراك ومتابعة ودعم الجودة العالية للخدمات المقدمة ، وسوف تصبح قادرة على تقدير قدراتها التسويقية بشكل أفضل ، وتمكينها بالتالى من جذب عائد ، أو دخل إضافى من المشترين القريبين لخدماتها. إن إدراك هذه الإمكانية سوف يسهل إلى حدٍ كبير قيام الوحدة الصحية بأعمال التطورات المرغوب إدخالها على الخدمات السريرية .

٤- المسؤوليات المنوطة بالطاقم الإدارى لتطبيق إستراتيجية الجودة :

يعتمد نجاح دفع أسلوب " الجودة الشاملة للخدمات " إلى الأمام ، على إشراك جميع موظفى الوحدة الصحية ودعمهم ؛ لتطبيق إستراتيجية الجودة فيها على الوجه المطلوب . وسوف تتولى إدارتها العامة ، وفريقها الإدارى مسؤولية قيادة وتوجيه فعاليات تطبيق هذه الإستراتيجية ، إضافة إلى تقديم الدعم اللازم لجميع المتخصصين السريريين والمديرين لتحديد نشاطات الجودة الحالية والمستقبلية للخدمات المرتبطين بها .

٥- برنامج قصير الأجل لتطبيق إستراتيجية الجودة (١٩٩٢ - ١٩٩٣م) :

تم تحديد الخطوط العريضة لتطبيق إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة على النحو الآتى :

فعاليات البرنامج	تاريخ التنفيذ أو البدء
١- تشكيل المجموعة التوجيهية لإدارة الجودة الشاملة للوحدة الصحية ، والمؤلفة من المديرين الأُوَل أو كبار المديرين والمتخصصين السريريين ؛ وذلك للنظر فى عملية (أى فعاليات وإجراءات) إدارة الجودة الشاملة فى الوحدة ، ومتابعة ومراقبة نتائج الأعمال والخدمات المقدمة فيها .	فبراير/شباط ١٩٩٢م
٢- فى هذه المرحلة ، يبلغ عدد من تم تدريبهم من المديرين على مفهوم إدارة الجودة الشاملة ومبادئها (١٠١) مدير .	إبريل / نيسان ١٩٩٢م
٣- فى هذه الفترة ، يكون كل مدير قد حدد أو سمى الفرد الذى سيشارك من قسمه فى فرق تحسين الجودة ، والذى سوف يوجَّه للمشاركة فى دورة أو برنامج تدريبى حول " بناء الفريق " .	سبتمبر /أيلول ١٩٩٢م
٤- فى هذه المدة ، يقوم كل فريق من فرق تحسين الجودة بتقديم مجموعته الأولى من الأهداف المباشرة إلى المجموعة التوجيهية لإدارة الجودة الشاملة ؛ للموافقة عليها ، وتضمينها عند ملاءمتها فى عملية تخطيط العمل .	ديسمبر / كانون الأول ١٩٩٢م
٥- تقوم المجموعة التوجيهية لإدارة الجودة الشاملة فى هذه الفترة بمتابعة تقدم فرق تحسين الجودة ، وتقديم الإرشاد والدعم الملائمَيْن لأعمال هذه الفرق عندما يكون ذلك ضروريًا ؛ بهدف تمكينهم من مقابلة الأهداف المباشرة المرسومة فى خطة العمل .	إبريل / نيسان - سبتمبر / أيلول ١٩٩٣م
٦- مراجعة المرحلة الأولى لعملية إدارة الجودة الشاملة فى الوحدة الصحية ، وبدء المرحلة الثانية من عملية وضع الأهداف المباشرة لإستراتيجية تطبيق إدارة الجودة الشاملة .	سبتمبر /أيلول ١٩٩٣م

٦- الفوائد المحققة من أسلوب إدارة الجودة الشاملة :

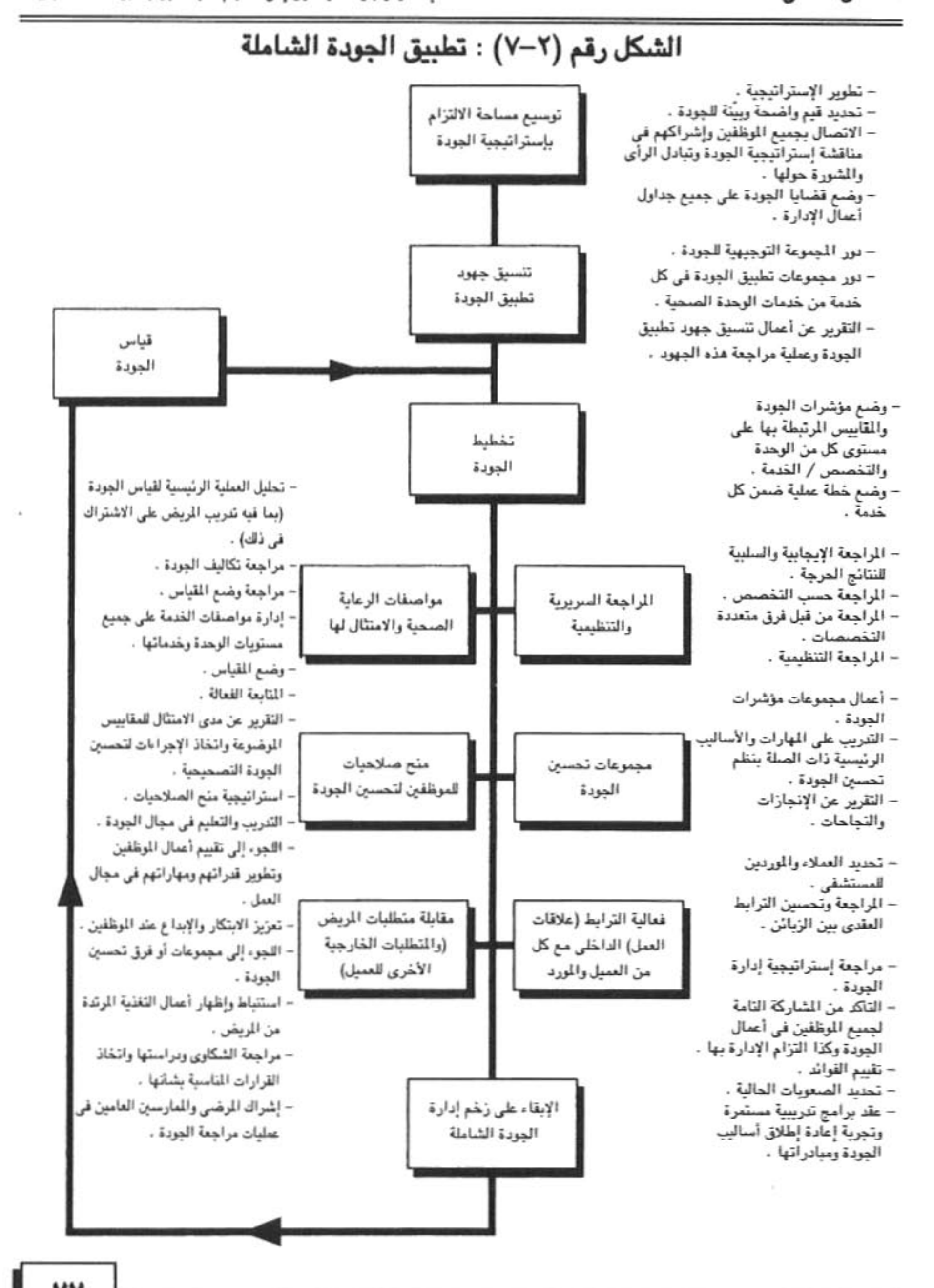
جدير بالذكر ، أن الإدراك التام لفوائد هذا الأسلوب ، بالنسبة للوحدة الصحية ، وموظفيها من المتخصصين السريريين وغير السريريين ، يجب أن يربط بوضوح مختلف العناصر التى تمت مناقشتها آنفًا ، مع نشاطات العمل الخاصة بالموظفين . وضمن هذا السياق ثمة حماس والتزام معتبران من قبل جميع العاملين فى الوحدة ، للاستمرار فى تقديم خدمات عالية الجودة ، والسعى نحو تحسينها بصفة مستمرة . وسوف تخدم إستراتيجية الجودة التى أشرنا إلى عناصرها وخطة تطبيقها ، بمجرد تعميمها على موظفى الوحدة ، كأساس أو منطلق لنشاطات الجودة فيها فى السنة المقبلة (انظر الشكل رقم ٢-٧) .

*****

مصدر حالة وحدة " غرب غلامورغان " الصحية :

- *Mr. H P J Butcher* ، مدير عام وحدة " غرب غلامورغان " الصحية
- الفريق الإدارى للوحدة .
- *Dr. Hugh Koch* ، مستشار إدارى فى إدارة الجودة
- مايو / أيار ١٩٩٢م .

الشكل رقم (٢-٧) : تطبيق الجودة الشاملة



من المسؤول عن تطوير الإستراتيجية ؟

إذا كانت الوحدة المعنية بتقديم الخدمة الصحية قد ألزمت موظفيها بالامتثال لعملية الجودة ؛ عندئذٍ ينبغى على مجلس إدارتها العليا الالتزام بهذه العملية بشكل أكثر أو أشد صرامة من الموظفين أنفسهم . فحسب كتابات ديمنج (*Deming*) " تُصنَع الجودة فى غرفة مجلس الإدارة ". من هنا ، ينبغى أن يقوم أحد أعضاء مجلس الإدارة ، أو أحد الأعضاء التنفيذيين الأُوَل (*Senior Executives*) بشرح المقصود من عملية الجودة فى الوحدة الصحية ، وبخاصة لغرض النهوض بفعاليتها وكفاءتها التنظيمية ، والارتقاء بقدرات ومهارات جميع الموظفين العاملين بها ، وذلك على ضوء إستراتيجية الجودة المرسومة لها .

من ناحية أخرى ، تُعدَّ إدارة الوحدة الصحية الجهة المسؤولة عن نجاح أو فشل إستراتيجية الجودة فيها ، لجملة من الأسباب ، من أهمها : أن مسؤولية الاتصالات ، والقيادة ، ووضع عملية الجودة فى موضعها الصحيح ، من خلال إستراتيجية الجودة الموضوعة للوحدة – تقع على عاتقها أو مسؤوليتها فى الدرجة الأولى . كما أنها هى التى تكون مسؤولة فى النهاية عن النتائج النهائية لأعمال الجودة فى الوحدة الصحية . وكما هو الحال فى العديد من الصناعات والخدمات فى القطاعين العام والأهلى ، ينبغى أن يُظهِرَ أو يوضح مجلس إدارة وحدة تقديم خدمات الرعاية الصحية طريقة سعيه أو الأسلوب الذى سيتبعه نحو التميز . انظر الشكل رقم (٢–٨) .

ولضمان مشاركة كل من أعضاء مجلس إدارة الوحدة الصحية ، وإدارتها التنفيذية ، وموظفى صفها الأول ، فى تطوير إستراتيجية الجودة للوحدة الصحية ؛ يمكنُ عقد حلقة أو ورشة عمل لمدة يوم أو يومين ؛ حيث ثبت نجاح تطبيق حلقات العمل فى العديد من الوحدات الصحية ، كما حققت فى الوقت نفسه نجاحات معتبرة . ويمكن تلخيص أهداف حلقة العمل فيما يلى :

١– العمل على تطوير نموذج " إدارة الجودة " الخاص بالوحدة الصحية .

٢– إجراء عملية دمج بين أسلوب " إدارة الجودة " المقترح للوحدة الصحية ، ومبادرات الجودة الرئيسية الأخرى المطروحة للوحدة .

٣- العمل على ربط " إستراتيجية الجودة " المقترحة بالمشكلات الحالية التى تواجه قضايا الجودة فى الوحدة الصحية .

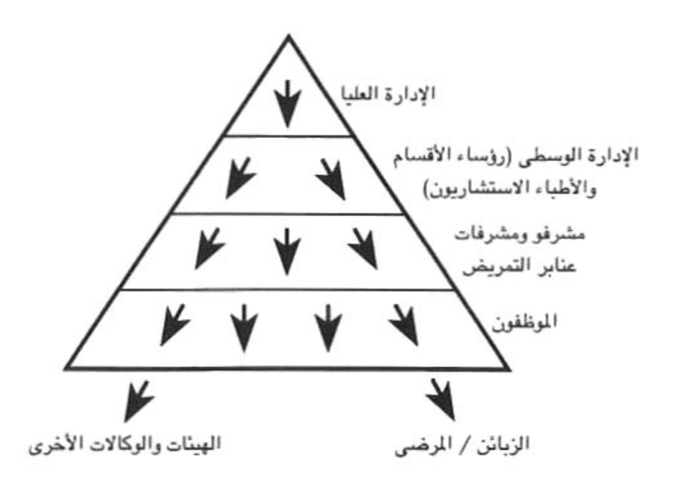
٤- السعى نحو إحداث شعور عند الموظفين بأهمية مشاركتهم فى وضع وتطوير مسودة إستراتيجية الجودة للوحدة الصحية .

٥- الانتهاء من وضع مسودة " إستراتيجية الجودة " ، تمهيداً لمناقشتها بشكل مستفيض من قبل جميع الموظفين ، وتبادل المشورة حولها خلال أسبوعين .

ولتسهيل عقد حلقة العمل هذه ، يمكن الاستعانة بجهة خارجية ، لديها الخبرة فى مجالات : إدارة الجودة ، وإدارة الرعاية الصحية ، والعمل السريرى (الإكلينيكى) .

وفى ضوء ما تقدم ، يمكن اللجوء إلى أسلوب الشلال (*Cascade Approach*) لإنهاء المسودة الأولى " لإستراتيجية الجودة " الخاصة بالوحدة الصحية ، ضمن المدة المحددة لها . وتجدر الإشارة إلى أن هذا الأسلوب يضمن مشاركة جميع موظفى الوحدة فى تطوير هذه الإستراتيجية . انظر الشكل رقم (٢-٨) .

الشكل رقم (٢-٨) : تبدأ " إدارة الجودة الشاملة " من أعلى التنظيم



على صعيد آخر ، تعد مشاركة جميع مجموعات العمل المكلفة بأعمال الجودة فى وحدة تقديم خدمات الرعاية الصحية أساسية لتدارك أى جانب من جوانب الجودة الشاملة . وعلى الرغم من ذلك ، هناك مجموعة من الموظفين ، المتمثلة فى أعضاء الهيئة الطبية ، تحتاج إلى ذكر خاص بسبب وضعها المميز ضمن القطاع العام للرعاية الصحية ، وذلك على خلاف الوضع فى العديد من الصناعات ، التى يدار موظفوها من الخبراء التقنيين بكل وضوح ضمن تدرجها الإدارى أو سلطتها التنفيذية . أما الأطباء الاستشاريون الذين يقعون ضمن تسلسل الهرم الإدارى فى القطاع العام للرعاية الصحية ، فتتصف علاقاتهم الإدارية مع كل من مجلس إدارة الوحدة الصحية ومديرها التنفيذى بارتباط يختلف عن الإطار التقليدى لتسلسل الصلاحيات والمسؤوليات المتعارف عليها ؛ وذلك بسبب نفوذهم (أو السلطة غير الرسمية) الذى يكونونه ، مع مرور الوقت ، ضمن التنظيم الإدارى للوحدة ، فى علاقاتهم مع الآخرين ، وبخاصة فى قدراتهم الفائقة فى التأثير الإيجابى على الأشخاص الآخرين فى الوحدة من واقع معرفتهم بالجوانب الفنية الدقيقة للعمل الفنى .

إلا أنه على الرغم من ذلك ، لا يزال الأطباء الاستشاريون مقيدين " بنموذج المحاسبة والمسؤولية أمام الغير " ؛ وذلك بسبب العلاقة التعاقدية التى تربطهم بالإدارة العامة لنظام الخدمة الصحية الوطنية التى تشرف على مدى التزامهم بأخلاقيات وآداب المهن الطبية التى يزاولونها .

ويمكننا القول ، فى ضوء العرض السابق ، إنه عند تطوير " إستراتيجية الجودة " ، ينبغى أن يتم التعامل مع إسهامات الأطباء الاستشاريين ، الذين يتم إشراكهم فى تطوير هذه الإستراتيجية ربما بطريقة مختلفة أو غير نمطية ، مقارنة بنظرائهم الموظفين الآخرين فى الوحدة الصحية ، بحيث يؤخذ فى الحسبان الخصوصيات الآتية التى يتصف بها هؤلاء الأطباء :

- دورهم المهم فى قيادة الأنشطة السريرية .
- تدريبهم وخبرتهم اللاحقة فى تقديم الرعاية الصحية .
- اهتمامهم الخاص وخبرتهم فى أعمال المراجعة الطبية (أى مراجعة إجراءات التشخيص والتدبير العلاجية) .
- أهميتهم كصانعى أو مكونى الرأى الرئيسى فى الخدمة .

وتجدر الإشارة إلى أن هذا النمط من التعامل مع الأطباء الاستشاريين عند إشراكهم فى تطوير إستراتيجية الجودة ، يأخذ عادة شكل الاجتماع الطبى ، بحيث يتم فيه عرض ومناقشة أدبيات إدارة الجودة الشاملة وتطبيقاتها المحلية ذات الصلة بنشاطات الوحدة الصحية . وفى هذا المجال ، يمكننا الاستشهاد بالنموذج التالى من إحدى الوحدات الصحية المطبقة " لإدارة الجودة الشاملة " حول مغزى ومحتوى مناقشات الأطباء ، الذى يأخذ النمط المتمثل فى حضور ثمانية أطباء استشاريين (يكونون فى العادة بمنزلة منسقى الرعاية السريرية فى الوحدة الصحية) لمنتدى أو حلقة دراسية أو ندوة مع وجود مستشار فى إدارة الجودة الشاملة يتم توظيفه لتطوير إستراتيجية إدارة الجودة فيها .

ومن المسائل الرئيسية التى أثارها الأطباء الاستشاريون فى ذلك المنتدى :

- أن تكون الجودة إحدى الوسائل الجديدة التى ينبغى ربطها بنشاطات الرعاية الطبية المقدمة .
- وجوب عدم التدخل أو الاشتراك فى الأعمال ذات الصلة بالنشاطات الإدارية .
- عدم تكريس أى وقت من أوقاتهم للمشاركة فى أعمال المراجعة ، غير تلك المتعلقة بإدارة الجودة .
- ضرورة ألا يتم تنظيم الرعاية الصحية من قبل متخصصين غير سريريين .
- وجوب التزامنا بقيم الجودة ، وإظهار التزامنا بها من خلال ممارستنا اليومية لها .
- ضرورة أن تلتزم إدارة الوحدة الصحية بمنهج إدارى سليم – مثل أسلوب إدارة الجودة الشاملة – غير المنهج التجريبى الذى تتعلم فيه الإدارة من أخطائها .

بقى أن نشير إلى دور وكالة الشراء الرئيسية (مثل شركات الضمان الصحى) لأغلب وحدات مقدمى الخدمات – أى سلطة المنطقة القديمة – فى مساهمتها فى تطوير إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة للوحدة الصحية ، والتى يمكن أن تكون مساهمتها فى ذلك على النحو التالى :

– أن تستجيب الإستراتيجية المزمع تطويرها لتوقعات واضحة متقلصة من خلال تحديدها لمواصفات الجودة .

– أن تستجيب الإستراتيجية المزمع تطويرها ، أيضًا ، لتوقعات وحدات مقدمى الخدمة ؛ وذلك بهدف تطوير نظام ذى سمعة جيدة لإدارة الجودة .

– أن يكون من أولويات التمويل المتحصل عليه ، ضخ جزء رئيسى منه ؛ لتطوير أعمال " إدارة الجودة الشاملة " بالوحدة الصحية .

التغلب على الصعوبات المحتملة :

تشير الخبرة من مواقع نموذجية عدة لإدارة الجودة الشاملة فى المملكة المتحدة ، وفى كثير من الخدمات المقدمة فى المستشفيات ، وخدمات المجتمع المطبقة لأساليب ضمان الجودة أو التثبت منها ، إلى صعوبات متعددة لإدخال أسلوب إدارة الجودة الشاملة فيها ، غير أن جميع هذه الصعوبات يمكن مواجهتها بالمهارة والمثابرة .

ومن الصعوبات التى تواجه تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة ما يلى :

– عدم التزام الإدارة العليا بأسلوب إدارة الجودة الشاملة وقصور رؤيتها حول الإحاطة به :

إن الصعوبة هنا ، أن تضمن أن هناك فهمًا واضحًا حول جودة الرعاية والخدمة الموجودتين أصلاً ، وبيان كيفية تطبيق إدارة الجودة فى المستقبل . فإذا كانت هناك إستراتيجية واضحة ، عندئذٍ ، تكون القضية التالية هى ضمان التزام المديرين الأُول (*Senior Managers*) بالمفاهيم الأساسية لإدارة الجودة الشاملة .

– الصفة الغالبة للمواقف تجاه مبادرات الجودة :

فى إحدى الندوات التى عقدت مؤخراً سألنى أحد الجراحين : هل هذه هى المبادرة رقم (٩٩١) ؟ وهو سؤال يمكن فهم مغزاه ، فهو يعنى الرغبة فى عدم الإحباط أو خيبة الأمل للمبادرات الجيدة ذات النوايا الطيبة التى لم تجد مؤازرة أو دعمًا . ولكن يجب توحيد كل من حماس المؤيدين مع سخرية وتهكم التقليديين ، وأن يشتركوا معًا فى إيجاد الوسيلة الصحيحة التى يؤيدونها جميعًا .

– ثقافة المستشفى أو خدمات المجتمع وأسلوب الإدارة :

تجدر الإشارة إلى أن كل خدمة قد طورت ثقافتها وأسلوبها الخاصين بها للارتقاء بمستويات الجودة فيها . وبالنسبة لتطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة فإنه يلتقى بشكل جيد مع نمط إدارة الشركات التى تتصف بالاتصال الكفء والفعال ، والأداء الأخلاقى الراقى للموظفين فيها المرتبط بالحوافز . وعلى الرغم من أن العديد من مقدمى الخدمات الصحية لا يبدون هذا النمط والأسلوب الثقافى فى وحداتهم الصحية ، إلا أنهم فى حال استعدادهم لتطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة سوف يتبنون مفاهيم أسلوب إدارة الجودة الشاملة على مستوى فكرى فقط ، أو سوف يطبقونه بتراخٍ أو بشكل غير فعّال .

– ضعف الإدراك لمفاهيم الجودة الشاملة ومبادئها وممارساتها :

إن استحداث " إدارة الجودة الشاملة " فى نظام الخدمة الصحية الوطنية ، فى المملكة المتحدة ، قد استوجب دعوة مديرى وممارسى المهن الطبية إلى الإسراع فى تعلم الأفكار والممارسات المرتبطة بهذا النمط الإدارى . وفى خلال السنتين الماضيتين ، ربما بسبب العوائق المتصلة بالثقافة السائدة فى هذه المنشآت أو للنمط الإدارى السائد فيها ، كما تم تعريفهما ، فإن بعض الوحدات المقدمة للخدمة الصحية قد استطاعت أن تتعرف على نوعية المعلومات والمهارات المطلوبة بسرعة ، فى حين ظلت وحدات أخرى تواصل تطبيق برامج هامة لضمان الجودة لا تتوافق مع متطلبات إدارة الجودة الشاملة . وبهذا فإنها غير قادرة على توقع تحقيق الفوائد المثلى فى تطوير الجودة .

– عدم وجود تنظيم لأنشطة إدارة الجودة الشاملة :

نظرًا لضخامة وجدوى مردود تطبيق إدارة الجودة الشاملة فى منشآت الرعاية الصحية ، فإن هناك حاجة إلى إيجاد إطار تنظيمى فعّال ، يتولى أمر التخطيط لها وتنفيذها . إن الوحدات الإدارية المتمثلة فى : المجموعة القيادية الموجهة ، ومجموعات العمل المتصلة بالوحدات المختصة بإدارة الجودة الشاملة (مثل : غرفة العمليات ،

والعيادات الخارجية ، والمراكز الصحية) ، والمجموعات المختصة بتطوير الجودة أو الشبيهة بدوائر أو حلقات الجودة ، يتطلب أداء كل منها وجود إطار تنظيمى قادر على إيجاد روابط بين مخرجات هذه الوحدات . ولكن مما يؤسف له ، أن مثل هذا الإطار يصعب إنشاؤه أو إيجاده فى العديد من الوحدات ، لاسيما فى حالة وجود العائق الذى نتعرض له تاليًا .

- عدم مشاركة الجهاز الطبى فى الإدارة :

يرى " داش " (انظر *Dash,* ١٩٩٢م) فى هذا المجال أنه قبل محاولة إيجاد الوسائل اللازمة التى تضمن مشاركة الأطباء فى مسألة الجودة ، فقد يكون ضروريًا بحث مسببات إبعادهم لأنفسهم من إدارة الخدمات الصحية طيلة هذا الوقت الطويل . وقد يكون من هذه الأسباب إحساسهم بالطريقة غير اللائقة التى يعاملون بها من قبل نظام الخدمة الصحية الوطنية ، والتى تتمثل أبرز مؤشراتها فى : العدد الكبير لساعات دوام صغار الأطباء ، والقصور فى تدريبهم الإدارى .

- مديرون أم إداريون ؟

مع التطور الكبير والسريع فى قضايا الإدارة العمومية فى الخدمات الصحية منذ عام ١٩٨٣م ، ومع إيجاد وظائف لمديرين عامين تم استقطابهم من ذوى الخلفيات فى مهن التمريض والمهن الإدارية ، فإن عددًا صغيرًا من المديرين العامين الحاليين قد أفادوا من مشروع (*GMTS*) الذى استحدثه نظام الخدمة الصحية الوطنية . كما أن تأهيل بعض العاملين عن طريق الحصول على شهادة ماجستير إدارة الأعمال (*MBA* لغير المتفرغين) قد نتج عنه الحفاظ على بعض سمات الإدارة التى منها :

١- أسلوب إدارى للإدارة يركز بشدة على الإدارة المالية .

٢- التركيز على إدارة الأزمات ، لا على أسلوب منع أو درء المشاكل .

وحتى تكون إدارة الجودة فعالة ، ينبغى على الإدارة العليا - وبخاصة مديريها الأُوَل - أن يظهروا قدرات قيادية متميزة لتطوير المهارات فى الإدارة العامة ، تتضمن رؤية لتحسين جودة المنشأة ، وانحيازًا لإنجاز أفضل للعمل (*Bias For Action*) .

يضاف إلى ما سبق ، أنه بدلاً من النظر إلى معوقات العمل على أنها نتائج سلبية لأخطاء قد وقعت فى إحدى مراحل العمل ، يجب التعامل مع هذه المعوقات بوعى ، والعمل على الإفادة منها ، على النحو الذى يفعله المعالج النفسى مع مريضه حيث يتعلم من نواقصه ، ويمكن تكرار الإيضاح للوحدات التنظيمية ، أنها يمكن أن تتعلم من عوائق عملها ، بما يساعدها على النضج فى اتجاه الجودة الشاملة .

أين ثقافتك الآن ؟

يعد تطوير برنامج للجودة الشاملة وإدارته أمر معقد . ومن هذا المنطلق ، ينبغى الوقوف على الوضع الراهن لنوع الثقافة السائدة فى الوحدة الإدارية ، ومتابعة تقدمها باتجاه ثقافة الجودة الشاملة . وكما هو معلوم ، فإن أغلب كتب الإدارة تسعى لإيجاد أطر أو استبانات لمساعدة القارئ على قياس الثقافة التنظيمية السائدة . إلا أن الأطر التى توفرها هذه الكتب والمراجع تغدو فضفاضة وغير محددة ، بسبب سعيها إلى عمل تغطية عريضة وواسعة لتطبيقات قد لا تنطبق على واقع الإدارة النوعية للخدمات الصحية . وبناء على ذلك ، فإن استخدام وتطبيق هذه الأطر فى نظام الخدمة الصحية الوطنية ، قد لا يلقى من العاملين فيه ، إلا إقبالاً ضئيلاً ؛ حيث إنها لا تأخذ فى الاعتبار السمات المتعلقة بالعناية الخاصة بالمريض ، وخصوصياته الفردية ، إضافة إلى الجوانب الجوهرية المتصلة بالخدمات المقدمة له من قبل نظام الخدمة الصحية الوطنية . لكن مع ذلك ، يمكن للقارئ أن يرجع فى هذا المجال إلى بعض الكتب الرئيسية المشار إليها فى مرجع " هاندى " (١٩٨٨م , *Handy*) .

هذا ، ولتطوير مؤشر مرن للثقافة التنظيمية (أو الإدارية) ، بحيث يكون خاصًا بنظام الخدمة الصحية الوطنية ، يمكن الاسترشاد بمقالة " أتكنسون " (١٩٩٠م *Atkinson,*) التى وفرت قائمتين مفيدتين – رغم أنهما غير مستمدتين من بيئة نظام الخدمة الصحية الوطنية – تتضمنان المؤشرات الخاصة بثقافة المنشأة ، وصنوف الثقافة الرائدة .

مؤشرات ثقافة المنشأة :

بإجراء عصف لأفكار مجموعة من المديرين حول العوامل التى يرون أنها مهمة فى تحديد الثقافة السائدة فى شركاتهم أوضحت النتائج ما يلى :

- الروح السائدة ، أو الطريقة التى تم عبرها تأسيس المنشأة .
- روح عمل الفريق .
- دفء العلاقات وروح الصداقة / الزمالة .
- رسالة المنشأة وطريقة عرضها .
- الأسلوب الإدارى ، بمعنى (ماذا فعل الناس) وليس (ما قالوا) .
- طريقة التخاطب معنا : النبرة وأسلوب الاتصال .
- الاستماع إلينا : هل هناك إثبات ؟
- السلوك تجاه العاملين كما توضحه لوحات الملاحظة .
- التداخل : هل يعمل الناس على الاستفادة من آراء الآخرين ؟
- جو العمل : هل مكان العمل مشرّف للبقاء فيه ؟
- الاستجابات الهاتفية .
- عدم حفظ الوعود ، وخصوصاً بين الإدارات .
- الأحداث والملابسات : هل يجتمع العاملون فى لقاءات تعارف ولقاءات اجتماعية ؟
- معايير الاختيار / التقييم : هل كانت التجربة ممتعة ؟
- نوعية الاتصالات .
- الإشاعات السلبية والفشل فى التعامل معها .
- الاستقبال : مداخل ومخارج العاملين والسلع .
- التصورات حول الوحدات الإدارية : ماذا يقول عنها قادة الرأى ؟
- طريقة الرد على المكالمات : هل هناك اهتمام بالمساعدة ؟

- النظافة والترتيب فى كل مكان .
- مستوى الضوضاء فى غير أماكن التصنيع .
- المشاركة – هل يشارك العاملون ؟
- الانتماء – هل يشعر العاملون كأنهم فى دارهم ؟
- التحفيز – عملية التحفيز – هل كانت تتبع طريقة الجزرة والعصا ؟
- القيم المشتركة للمنشأة – هل كانت معروفة للكل وظاهرة ؟

الأداء التنظيمى والثقافات الراسخة :

فى دراسة حول الأداء فى (٨٠) شركة ، كشفت دراسة " ديل وكيندى *Deal and Kennedy* " عن أن الشركات الناجحة " هى التى تتميز بتوافر ثقافة راسخة بها . وقد وصفت الثقافة الراسخة بأنها تتميز بالتالى :

- فلسفة إدارية متفق عليها من غالبية الأعضاء العاملين بها .
- تركز على أهمية العنصر البشرى فى تحقيق نجاح المنشأة .
- تشجع مناسبات الشعائر الدينية ومناسبات احتفالات الشركة عند نجاحها .
- تسمى الأفراد المتميزين بأعمالهم وتشيد بجهودهم فى نجاح المنشأة .
- تعمل على إيجاد شبكة لإيصال وتعميم ثقافتها .
- لها قواعد سلوكية غير رسمية .
- لها قيم راسخة .
- تعمل على وضع مستويات أداء وإنجاز مرتفعة .
- تمتلك منشأتها رسالة محددة ومميزة .

إن غالبية المؤشرات المشار إليها أعلاه ، يمكن اعتبارها مفيدة ، وذات صلة وثيقة عند تطبيقها على نظام الخدمة الصحية الوطنية . وقد تم أخذها فى الاعتبار عند

السعى إلى تطبيقها فى هذا النظام ، بجانب المصفوفة التى قامت شركة " شل الهولندية – دى كيفيت وفنلو – باتس , *De Kievit and Finlow-Bates, 1992* " بتطويرها ، حيث تم تحديد أحد عشر موضوعاً فيها للتشخيص الثقافى للشركة . وقد تمت ترجمة هذه المواضيع لتتلاءم وواقع البيئة فى نظام الخدمة الصحية الوطنية ، وذلك على النحو التالى :

١- الالتزام بها من قبل المدير التنفيذى ومسؤولى الوحدات (فى الجانبين الطبى الإكلينيكى والإدارى) .

٢- تنظيم أعمال الجودة وربطها بالبناء التنظيمى لنظام الخدمة الصحية الوطنية .

٣- التدريب على الجودة .

٤- وضع مؤشرات لتحسين الجودة .

٥- إيجاد مجموعات / عمل حلقات وظيفية لتحسين الجودة .

٦- وضع نظام مقاييس ومواصفات للجودة .

٧- عمل تقديرات لتوقعات واقعية للمستفيد من الخدمة (المريض) .

٨- عمل تقديرات لتوقعات واقعية للمستفيدين من الخدمة (المشترين) .

٩- وضع أسس لرقابة عملية تقديم الخدمة .

١٠- وضع تقديرات لتكاليف الأداء المتدنى / الجودة المتدنية .

إن المصفوفة التى يتضمنها الشكل رقم (٢-٩) قد تم تصميمها بحيث يتم عرض الأقسام العشرة أفقيًا (من أ – ك) والمشار إليها آنفًا ، أما خطوات تحقيق الجودة الشاملة فيتم عرضها رأسيًا أو عموديًا (من ١ – ١٠) . وعن طريق هذه المصفوفة تتأتى وسيلة مبسطة لتحديد موقف كل وحدة من تحقيق إدارة الجودة الشاملة كما هو مبين فى الشكل رقم (٢-٩) :

الشكل رقم (٢-٩) : مصفوفة شركة شل الهولندية للجودة

مستوى الجودة		عناصر الجودة				
	أ	ب	ت	ث	ج	ح
	الالتزام من قبل أعلى مدير تنفيذى	تنظيم الجودة وهيكلتها	التدريب على الجودة	مؤشرات فرص تحسين الجودة	أداء عمل فرق تحسين الجودة	شهادات الجودة الأيزو ٩٠٠٠ الـ بى إس ٥٧٥٠ أو شهادات أخرى
١٠	تحسين الجودة جزء طبيعى من ثقافة المنشأة . يراجع الأداء ويراقب أداء الوحدات الأخرى	تحسين الجودة جزء من العمل اليومى ومن ثقافة المنشأة	كل العاملين تم تدريبهم . والجودة مكون طبيعى فى برامج التدريب	تم الحصول على القبول الذهنى لفلسفة التحسين المستمر	أسلوب البرنامج جزء طبيعى من ممارسات العمل اليومى	التحسين المستمر فى ضوء ما تحقق من نظم الجودة . المراجعة والمراقبة المنتظمة للجودة
٩	يرسل معلومات تحسين الجودة للعملاء وللعاملين فى منشأته	تحسين الجودة جزء من الأنشطة الجديدة. التحسينات الدائمة للنظام. إمكانية قياس خفض التكلفة	كل العاملين لديهم الدراية بأساليب الجودة	التركيز على تحسين الجودة فى علاقة العميل / مقدم الخدمة	التجديد المنتظم لمشروعات الجودة الجديدة	منح الشهادات
٨	تطوير الجودة جزء أساسى فى تحديد الأهداف وتقييم العاملين	عقد لقاءات مراقبة الجودة. فرق المشروع تعمل جيداً . المقترحات تنفذ بصورة منتظمة	توافر برامج للتدريب الإلحاقى	تكلفة الجودة معروفة وتم احتسابها . تم إعداد كافة العمليات وأوصاف نظام الجودة	تجارب إيجابية مع أسلوب البرنامج	إكمال توثيق الجودة. تدريب العاملين
٧	تحسين الجودة من الموضوعات المضمنة فى جداول أعمال الاجتماعات. والمدير ينشر ويحاضر حول الجودة	فرق ضمان الجودة تعمل جيداً . اتصالات دائمة بشأن تحسين الجودة	تم تدريب الإدارة الوسطى. والمديرون فيها هم الذين يتولون التدريب على أعمال الجودة	مؤشرات الأداء تم إدخالها ضمن نظام مستمر للرقابة وقياس الأداء	نصف العاملين شاركوا بفعالية فى مشروعات الجودة	إكمال أول مشروع لمراجعة ومراقبة الجودة. إكمال أول مشروع لتعليمات العمل
٦	يحفز على تحسين الجودة فى المنشأة. يحاضر حولها ويشارك فى التدريب	تم إنجاز المرحلة الأولى من مجموعات عمل المشروع. وخطة التنفيذ تجد مساندة نشطة	التدريب على أساليب الجودة. تم توصيف برامج الجودة الخاصة. وكذلك التدريب الإلحاقى للمنسقين	تمت مراجعة الجودة. وبدأت برامج الرقابة	تقدير المنشأة للنتائج الإيجابية لمشروعات الجودة	كتابة الإجراءات . كتابة أول تعليمات العمل
٥	يشارك فى مشروع تحسين الجودة	التعديل الدورى للخطط مع مراقبة التطور فيها	جميع العاملين فى المنشأة على دراية ببرنامج الجودة المخطط له	تم تحديد مؤشرات الأداء	تطبيق أول المشروعات وظهور الفوائد	كتابة أول الإجراءات تبعاً للعرف السائد وبداية أول تدريب للعاملين
٤	يشارك فى تقدم مجموعات الجودة ويوفر المستلزمات الضرورية لعملها	تم إعداد خطة التطوير. وإنشاء نظام معلومات الجودة. وبرنامج نشط جداً لضمان الجودة. وتم تعيين المنسقين	تدريب المنسقين وقادة المشروع. وجزء من العاملين بالمنشأة تلقى محاضرات حول الوعى بالجودة	تم تحديد معايير اختيار المشروعات . وتم اختيار المشاريع الأولى .	بدأ عدد من مجموعات المشروع عمله	إعداد وكتابة دليل الجودة . وإعداد خطة البرنامج . وبداية توعية العاملين بالبرنامج
٣	أهداف الجودة تم تحديدها ونشرها	لجنة توجيه أعمال الجودة تجتمع بانتظام. بعض فرق أعمال الجودة تعمل . أول خطة مكتوبة لضمان الجودة تم إعدادها	بدأ عقد ورش عمل لفرق تحسين الجودة. ويقدم التدريب للمنسقين وقادة المشروع	وضع فريق تحسين الجودة أهم الأعمال على برنامج العمل المتصل بإجراءات الجودة	يتم الرفع حول التقدم فى سير مشاريع الجودة أولاً بأول إلى فريق تحسين الجودة	تم التخطيط لإجراءات وأنظمة العمل تبعاً للعرف السائد لعمل الأدلة
٢	يرأس لجنة توجيه أعمال الجودة أو فريق تحسين الجودة	تم اجتماع لجنة توجيه أعمال الجودة . وتم تعيين أول مستشار لفريق تحسين الجودة	تدريب استشارى الجودة. تم إلحاق المديرين بورش تدريب مديرى الجودة	حددت فرق تحسين الجودة النظم الأكثر أهمية وقامت بترتيبها حسب الأهمية النسبية لكل منها	يراقب فريق تحسين الجودة أداء مشروعات الجودة	اختيار العرف (المعيار) واتخاذ القرار ببداية كتابة إجراءات العمل
١	يعرف مبادئ وأساسيات الجودة ويدعم أعمال الجودة شفاهة لكنه لا يشارك شخصياً فيها	تم تعيين المشرف على أعمال الجودة لكن لم يتم تعيين مستشار الجودة	تم اختيار برنامج للتدريب فى مجال الجودة	تم تحديد النظم حسب معايير فرق تحسين الجودة لاختيار أهمها	تكوين أول مشروعات الفرق	الوعى بأهمية وجود أدلة للجودة
صفر	ليس لديه اهتمام بالطبع	لا يوجد هيكل للجودة إطلاقاً	التدريب على الجودة لم يبدأ بعد	ليس هناك تقدم	لا يوجد مشاريع لتحسين الجودة	لا يوجد برنامج للجودة

(تابع) الشكل رقم (٢-٩) :

مستوى الجودة		عناصر الجودة			
	خ	د	ذ	ر	ز
	مواصفات العملاء الواقعية	التدريب ،أوامر وتعليمات العمل،	مراقبة العمليات إحصائيًا،	جودة الإمدادات	تكاليف الأداء المتدنى ومؤشرات الأداء
١٠	المواصفات الواقعية تتم مراجعتها دورياً والاتفاق بشأنها مع العملاء داخل وخارج المنشأة	التدريب على كتابة وتدوين أوامر العمل	كافة العمليات تحت المراقبة باستخدام أساليب برنامج الحزمة الإحصائية	تم توقيع كافة عقود الجودة مع الموردين. والموردون يراقبون كافة عملياتهم	تستخدم مؤشرات الجودة والأداء كأداة إدارية معيارية
٩	المراجعة والاتفاق الكامل (١٠٠٪) مع العملاء	تدريب كافة العاملين. تدريب العاملين الجدد كجزء من برنامج المنشأة الطبيعى للعاملين	كافة العمليات المهمة تحت المراقبة باستخدام أساليب برنامج الحزمة الإحصائية	موردو المنتجات الحيوية يبرهنون على استخدامهم لطرق المراقبة الإحصائية لضمان الجودة	المراجعة الشهرية لأدوات وأساليب الجودة ومؤشرات الأداء
٨	إنشاء برنامج تقييم مستمر للأداء وإيجاد الإجراءات الخاصة بها ومتابعة تطبيقها	تدريب كافة العاملين	٩٠٪ من العمليات تحت المراقبة الإحصائية	٩٠٪ من السلع الموردة من الموردين الأساسيين مطابقة للمواصفات	عمل قياس شهرى لتكلفة الجودة. والقياس المنتظم لمؤشرات الأداء
٧	الاتفاق من حيث المبدأ مع العملاء على المسؤوليات بشأن الإجراءات الأساسية	تدريب ٥٠٪ من إجمالى العاملين	٧٥٪ من العمليات خاضعة للمراقبة الإحصائية	٨٠٪ من السلع الموردة من الموردين الأساسيين مطابقة للمواصفات .	عمل قياس منتظم لتكلفة الجودة
٦	الاتفاق من حيث المبدأ مع العملاء بشأن مواصفات كل الإجراءات	إحراز تقدم فى تطوير برامج تدريب العاملين	٥٠٪ من العمليات خاضعة للمراقبة الإحصائية. تجرى الدراسات بشأن المتبقى من العمليات	تم الاتفاق حول المواصفات مع أغلب الموردين الأساسيين	إعداد وتطوير هيكل لقياس تكلفة الجودة إكمال المراجعة العامة لمؤشرات الأداء
٥	الاتفاق مع العملاء حول بعض الإجراءات الجديدة	إكمال أولى الحصص التدريبية	٢٥٪ من العمليات خاضعة للمراقبة الإحصائية	المواد والمكونات الأساسية تم تحديدها وتم إعداد مواصفاتها	توافر المراجعة العامة لتكلفة الجودة
٤	تحديد إجراءات تحسين الجودة وبداية النقاش مع العملاء حولها	إعداد وإقرار برامج التدريب	الإعلان عن أولى العمليات الخاضعة للرقابة الإحصائية	المواد والمكونات التى قد تسبب المشاكل الأساسية تم تحديدها من أجل إعداد مواصفاتها	البدء فى إعداد المقياس المنتظم لبعض تكاليف الجودة. إنشاء / إعداد أولى مؤشرات الأداء
٣	بعض المشاكل الرئيسية حول عدم التطابق يتم تحديدها مع العملاء	شرح البرامج التدريبية للعاملين	برنامج الرقابة يتوسع ليشمل العديد من العمليات الأساسية	مستويات الجودة المرغوبة تمت مناقشتها مع الموردين الأساسيين	إعداد بعض تكاليف الجودة
٢	تحديد المواضيع الرئيسية اللازمة لإعداد مواصفات العملاء	النقاش مع إدارة المنشأة حول التدريب	بداية تجميع البيانات ومعرفة الحدود الأولية للرقابة لعملية واحدة	إعداد تقرير شهرى حول جودة الموردين	البحث عن مؤشرات الأداء (من خلال المعايير أو الأعراف الذاتية)
١	تحديد المسؤوليات من أجل إعداد المواصفات الخاصة بالعملاء	برنامج حول توصيف وكيفية إعداد أوامر العمل المكتوبة	تحديد موضوع دراسة القدرات للعمليات	بدء برنامج الجودة مع الموردين	البدء فى النقاش حول تكاليف الجودة
صفر	لا تقدم على مستوى المواصفات	لا توجد برامج	لم يبدأ بعد	ليس هناك برنامج	لا نشاط حول الموضوع

كسب التزام الموظفين (الجزء الثانى) :

بعد تطوير المسودة الأولى لإستراتيجية الجودة ، وتقييم الوضع الراهن لثقافة الجودة ، قد يكون من المفيد فى هذه المرحلة السعى نحو توعية جميع الموظفين برسالة " الجودة الشاملة " وإعلامهم بها . ويرى " شيس " فى هذا المجال ، أن المديرين يقللون فى أغلب الأحيان من شأن قوة وأثر الاتصالات وفعاليتها فى تطوير العمل ، ورفع مستويات التغيير الإيجابى المطلوب إحداثه (*Chaes, 1991*) . وبناء على ذلك ، يحتاج مقدمو الخدمة فى الوحدة الصحية فى مستهل عملهم إلى تطوير برنامج اتصالات محدد وفعال لنشر رسالة إدارة الجودة ومبادئها ، وذلك باستخدام مزيج من وسائل الاتصال الفعالة والمتمثلة فيما يلى :

١- اجتماعات موسعة ومفتوحة يحضرها جميع العاملين فى الوحدة .

٢- اجتماعات الإدارات والأقسام .

٣- نشرة الموظفين الدورية .

ومما يدعم فعالية وسائل الاتصال أنفة الذكر ما توصل إليه " روى " (*Roy,1991*) فى دراسته عن وسائل الاتصال الفعالة ، حيث حلل كافة طرق الاتصال المستعملة فى الشركات المرموقة - أى التى تحتل المراتب العليا بين قائمة الشركات - فى الولايات المتحدة الأمريكية . ووجد أن الطرق الثلاث المشار إليها أعلاه ، هى أكثر الطرق المستخدمة والفعالة على نحو واسع فى هذه الشركات التى اعتمد نهج الإدارة فيها على تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة خلال فترة ترجحت بين سنة وثلاث سنوات . وعلى ضوء دراسته عمل " روى " ملخصاً لقائمة تحتوى على عشر نقاط تم تكييفها هنا ؛ ليتواءم استعمالها فى نظام الخدمة الصحية الوطنية . وهذه القائمة توضحها اللوحة التالية :

قائمة النقاط العشر لتبادل الآراء والأفكار والمعلومات (الاتصال) حول الجودة :

هل تحتو حذو النقاط الواردة فى هذه القائمة ؟

١- هل تقوم بتنقيح مرئياتك حول الجودة من خلال استماعك لمرئيات موظفيك ؟

٢- هل تصدر الرسائل حول إدارة الجودة الشاملة ، بشكل منتظم ، من قبل الإدارة العليا ؟

٣- هل هناك بيان أو تعبير أو رسالة واضحة وشاملة للجودة ، خاصة بالوحدة الصحية ؟

٤- هل طورت أو وضعت خطة مكتوبة للاتصالات بشأن الجودة ؟ (بمعنى البرامج التى سوف تتبع لتبادل الأفكار والمعلومات بشأن الجودة) .

٥- كيف تضمن أو تتأكد من استهداف عملية الاتصالات الجمهور وأفراد المستمعين مثل الأطباء والحمالين ؟

٦- كيف يمكن نقل الممارسة الجيدة ونجاح تحسين الجودة ؟

٧- كيف يمكن تعزيز تحسين الجودة أكثر من تحسين المنتج ؟

٨- هل تستعمل كل وسائل الاتصال الرئيسية ؟

٩- هل تقوم بتعقب وتحليل ونشر تقدم عملية التحسين فى الجودة ؟

١٠- هل تقوم ببلورة أو صقل مرئياتك عن الجودة كنتيجة لسماع مرئيات المرضى ؟

التخطيط للتنفيذ :

إن الصفة المميزة لأهداف الجودة القريبة المدى ، وخطط تطبيق إدارة الجودة الشاملة قد تم تحديدها فى كل من إستراتيجيات العينة ، وكتابات " كوش " (عام ١٩٩١م) .

ويبين الشكل رقم (٢-٧) برنامج تطبيق التخطيط للجودة بشكل أكثر شمولاً . وسوف تتم معالجة ومناقشة عناصر هذا البرنامج بالتفصيل فى الفصول اللاحقة . إلا أنه يجدر التنويه هنا إلى أن هذه المكونات يمكن ترجمتها فى جداول زمنية يتم فيها تعليم (أو الإشارة إلى) الفترة الزمنية المطلوبة لإنجاز كل مكون من مكونات برنامج تطبيق التخطيط لإدارة الجودة الشاملة . وقد تم فى هذا المجال إيراد المثالين التاليين على عناصر هذا البرنامج كما يتضح فى كل من الشكلين (٢-١٠) و (٢-١١) :

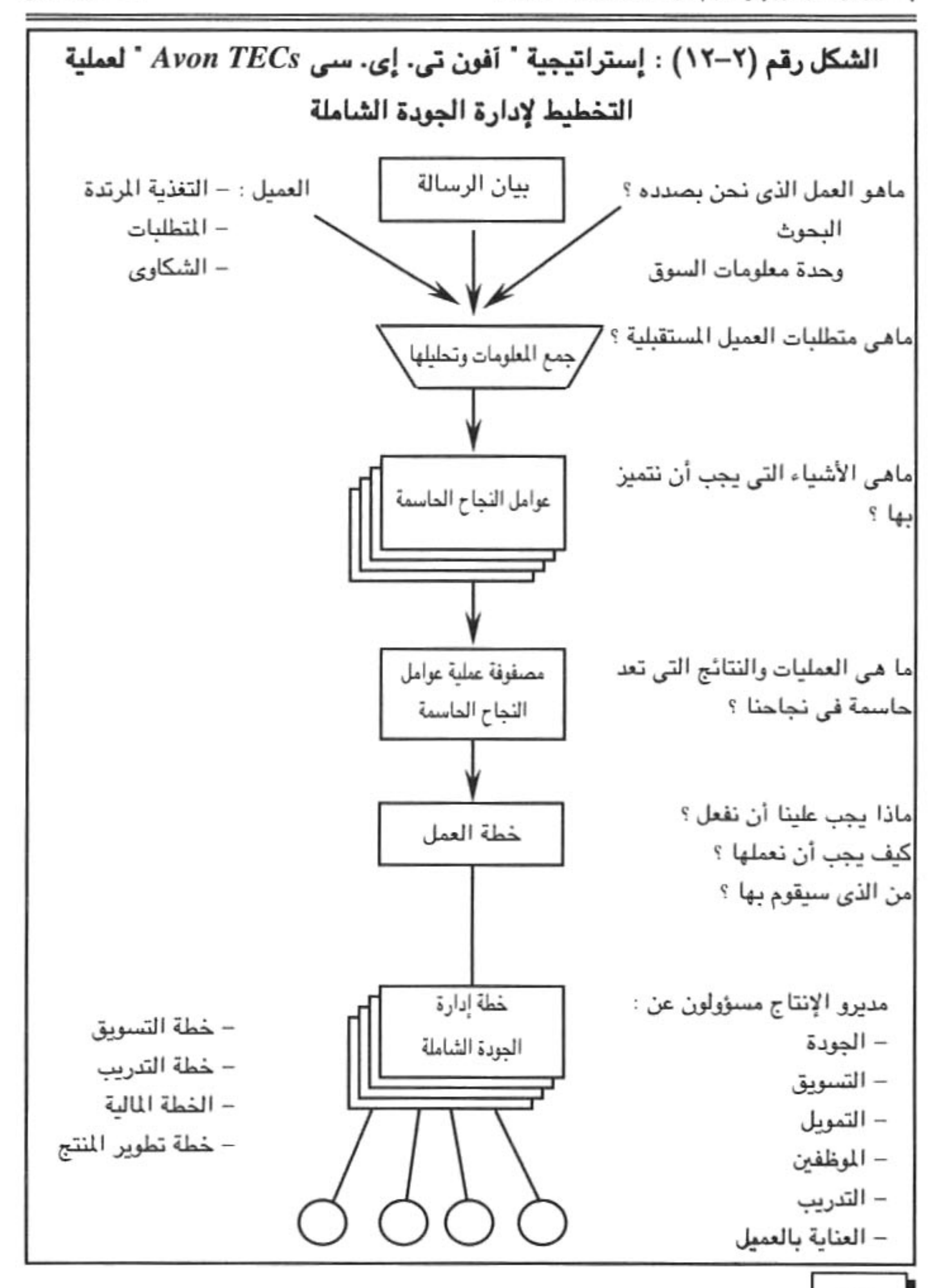
الشكل رقم (٢-١٠) : الفترات المطلوبة لإنجاز العملية الأولى لمكونات برنامج تطبيق إدارة الجودة الشاملة

مكونات أو فعاليات البرنامج	الشهر ١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩
عقد حلقة عمل (أو حلقة دراسية) تمهيدية	×								
عمل استقصاءات أو أبحاث تشخيصية	—	—	—						
تعيين منسق لإدارة الجودة الشاملة			×						
إجراء حلقة دراسية عن التزام الموظفين بإدارة الجودة الشاملة			×						
تأليف المجموعة التوجيهية لأعمال إدارة الجودة الشاملة			×	- -	- -	- -	- -	- -	- -
عمل حلقات دراسية للإدارة				—	—	—			
تعيين مرشدين (أو أشخاص لتسهيل) لأعمال إدارة الجودة الشاملة			×						
تدريب مرشدى أعمال إدارة الجودة الشاملة				—	—				
التدريب الانسيابى للموظفين على أعمال الجودة بدءاً من قمة التنظيم وانتهاءً بقاعدته					—	—	—	- -	- -
مشروعات التحسين				—	—	—	—	- -	- -

الشكل رقم (٢-١١) : الفترات المطلوبة لإنجاز العملية الثانية لمكونات برنامج تطبيق إدارة الجودة الشاملة

مكونات أو فعاليات البرنامج	الشهر أكتوبر	نوفمبر	ديسمبر	يناير	فبراير	مارس	أبريل	مايو	يونيو
تأليف المجموعة التوجيهية لأعمال إدارة الجودة الشاملة .	×								
عمل حلقات دراسية تمهيدية ذات صلة بإدارة الجودة الشاملة .			—	—					
مراجعة المبادرة الحالية للجودة .		—	—	—					
تكوين مجموعات التنسيق على مستوى الموظفين الأوَّل (أو موظفى الصف الأول) .			—						
بناء أو إنشاء الإستراتيجية .				—					
تبادل الرأى والمشورة حول الإستراتيجية .					—	—			
الالتزام بإستراتيجية الجودة التى تمت مناقشتها فى الحلقات الدراسية					—	—			
وضع أطر عملية لمواصفات الجودة الخاصة بالعملاء :									
(أ) المواصفات العامة للجودة .			—						
(ب) مواصفات الجودة التى تحتاج إلى متابعة مستمرة .				—					
تأليف مجموعات تحسين الجودة .			—	—	—				
تسمية أو تعيين مرشدى (أو أشخاص لتسهيل) أعمال إدارة الجودة الشاملة .				—					
عمل حلقات دراسية عن حسن تقديم الخدمة والعلاقة مع العملاء .				—	—				
مشروعات تحسين الجودة والارتقاء بمستوياتها .				—	—	—	—	—	—
مراجعة المنافع أو المزايا المحققة .							×		

الشكل رقم (٢-١٢) : إستراتيجية " آفون تى. إى. سى *Avon TECs* " لعملية التخطيط لإدارة الجودة الشاملة



تكامل إدارة الجودة الشاملة مع تخطيط الأعمال :

إن السبب الرئيسى فى ضعف الالتزام بإدارة الجودة الشاملة ، هو عدم التأكد من الكيفية التى ستحقق بها إدارة الجودة الشاملة ، الأهداف الإستراتيجية للوحدة الصحية ؛ إذ بدون تكاملية إدارة الجودة الشاملة ، مع المبادرات التخطيطية والتنفيذية الأخرى ، فإنها تبقى مجرد مبادرة أخرى من مبادرات الجودة . من هنا ، يجب أن تكون إدارة الجودة الشاملة ، جزءاً أصيلاً من عملية التخطيط الإستراتيجى للوحدة الصحية ، وذلك للحفاظ على قوة دفعها ، وتحقيق أهدافها .

وقد أورد " مارش – *Marsh ,1991* " توضيحاً شكلياً لهذه العلاقة التكاملية ، وذلك ضمن دراسته لمجلس التدريب والمنشآت (*Training & Enterprise Council*) . ويمكن ترجمة ملخص هذه الدراسة بسهولة وتطبيقها فى مجال الرعاية الصحية (انظر الشكل رقم ٢-١٢) .

على صعيد آخر ، يعد نظام الخدمة الصحية الوطنية قد أكمل العامين تقريباً فى مجال اعتماده لتخطيط الأعمال المتعلق بإدارة الجودة الشاملة ، وكاد أن يدخل فى عامه الثالث ، وذلك على خلاف الوضع فى السنوات السابقة ، حيث كانت السبل المتاحة لتحديد ومعرفة مدى التزام الوحدة الصحية بالجودة ، تتمثل فى التحول لقسم إدارى محدد (غالباً القسم رقم ٥) المعروف باسم قسم الجودة ، أو ضمان الجودة ، عوضاً عن النظر إلى الجودة أو تحسينها كجزء متكامل من التوجه الحالى أو المستقبلى للوحدة الصحية .

فالوحدات الصحية ، كما يراها " مارش " ، سواء كانت ذات طابع اتحادى بين عدد من المنشآت ، أو قابلة للاتحاد مستقبلاً مع منشآت أخرى ، لديها الفرصة الآن من خلال الوعى المتزايد لأسس ومقومات وآليات تطبيق إدارة الجودة الشاملة ؛ كى تعمل على الدمج بين عملية التخطيط للأعمال ، وإستراتيجية إدارة الجودة الشاملة . وتوضح محتويات خطة عمل الوحدة الصحية للعام (١٩٩٣/١٩٩٤م) المبينة فى الشكل رقم (٢-١٣) الخطوط العريضة لعناصر الموضوعات التى تم فيها الدمج بين عملية التخطيط للأعمال وإستراتيجية إدارة الجودة الشاملة .

الشكل رقم (٢-١٣) : الخطوط العريضة لعناصر خطة عمل الوحدة الصحية للعام ١٩٩٣/١٩٩٤م

القسم الأول : مقدمة ونظرة عامة .

القسم الثانى : (أ) مراجعة الخدمات .

(ب) إدارة الممتلكات .

(ج) إستراتيجية الموارد البشرية .

(د) تحليل الوضع الراهن للسوق (التغذية المرتدة من المرضى ، والمشترين ، والأطباء الممارسين) .

(هـ) إستراتيجية الخدمات المستقبلية :

* موجز الخطة المستقبلية المقدمة من كل مدير من مديرى الوحدة .
* تحليل المخاطر والإستراتيجية المالية .

القسم الثالث : هيكل خطة أعمال الإدارة :

(أ) مراجعة الخدمات وتقييم احتياجاتها (الأنشطة ، والجودة) .

(ب) إدارة الخدمة - مراجعة ما يلى :

* الهيكل .
* القيادات الإدارية .
* إدارة المكان والمبانى والأجهزة .
* الاتصالات وروح الفريق .
* استخدام المعلومات ومراجعة نظم المعلومات .
* إستراتيجية الموظفين / الموارد البشرية متضمنة التدريب .
* الرقابة على الميزانية والتقليل من العجز والتكاليف .

(ج) تطوير الجودة :

* المؤشرات الرئيسية للجودة .
* تطوير المقاييس ومراقبة مدى الامتثال بها ، وتدوين محاضر العمل ومتابعة ما يرد بها من ملاحظات ومقترحات .
* الاستجابة للتغذية المرتدة (المرضى ، والممارسين العامين ، والمشترين) .
* أساليب ونتائج المراجعة .
* حل المشكلات المتعلقة بتحسين الجودة .

(د) ملخص إستراتيجية الخدمات المستقبلية .

القسم الرابع : الاستنتاجات .

هل يمكنك الحصول على الجائزة الأوروبية للجودة يوما ما ؟

لقد بدأت المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة فى عام ١٩٩٠م ، فى تحديد المعايير والأوزان المعتمدة من قبلها للجودة كشروط مسبقة لمنح جائزة الجودة للشركات المهتمة بنواحى الجودة . ومن الجدير بالذكر ، أن خاتمة كتاب المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة المذكورة (الفصل العاشر) ، الصادر فى عام ١٩٩١م ، تشير إلى ثمانية معايير رئيسية للجودة بتعريفاتها وأوزانها . وقد يكون من المفيد ، والمثير أيضاً ، أن يتم العمل على تحوير تلك المعايير الثمانية المرسومة للشركات ، بتعريفاتها وأوزانها ، بشكل يتوافق مع نموذج تحسين جودة الخدمات المقدمة فى وحدات الرعاية الصحية . غير أنه يشترط أن يحوز ذلك التحوير على التزام الموظفين به ، وأن يتم العمل بمقتضاه عند تطوير إستراتيجية الجودة الخاصة بالوحدة الصحية .

الفصل الثالث
إدارة وتنظيم التحسين المستمر للجودة

الاستعمال الأمثل للهيكل الإدارى :
١- ماهى الكيفية التى تدار بها الخدمة حاليا ؟

تتميز جميع وحدات تقديم الخدمة بوجود هيكل تنظيمى لتنفيذ نشاطاتها المرسومة لها ، وتحديد نطاق الارتباط التنظيمى لمختلف شعبها التنظيمية التى يتم بها أداء هذه النشاطات ، إضافة إلى بيان مسؤوليات الموظفين فى كل منها أمام المديرين أو الأطباء السريريين المرتبطين بهم . ونظراً لتباين نوعية الخدمات المقدمة بين وحدة وأخرى ؛ فلا يمكن تصور وجود وحدتين صحيتين يكون لهما الهيكل التنظيمى نفسه . ويوضح الشكل رقم (٣-١) هيكلاً نموذجياً للخدمات المقدمة فى إحدى الوحدات الصحية .

الشكل رقم (٣-١) : نموذج الهيكل التنظيمى

إن توصيف الهيكل أو البناء التنظيمى للوحدة سوف يكون تأثيره إيجابيًا على سلوكيات الموظفين العاملين فى الوحدة الصحية إذا توفرت الشروط التالية له :

١- أن يكون الهيكل متفقًا عليه ، ومفهومًا جيدًا ، إلى حدٍ بعيد ، من قبل الموظفين .

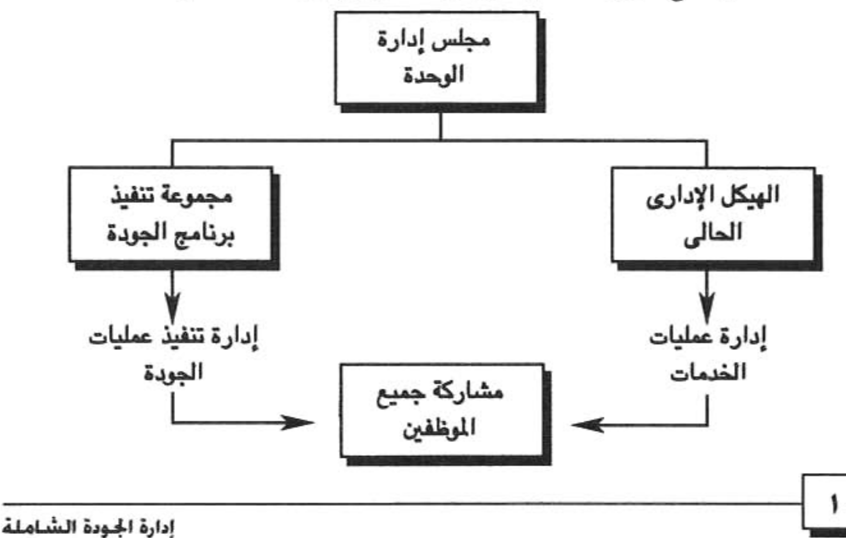
٢- أن ترتبط سلوكيات المديرين والموظفين بنطاق المسؤوليات المحددة فى الهيكل .

٣- أن تعكس أهداف الإدارة ومبادراتها روح الهيكل ومحتواه .

وتجدر الإشارة إلى أن ما يميز الهيكل التنظيمى الموضح فى الشكل رقم (٣-١) السابق ، هو أن المديرين الاختصاصيين ، رغم أنهم ليست لهم صلاحيات تنفيذية سوى على المجموعة القليلة التى تحت قيادتهم ، إلا أن تأثيرهم على مجمل العمل لا يقل ، إن لم يكن فى بعض الأحوال أكثر أهمية ، عن تأثير زملائهم من المديرين التنفيذيين .

ومن الأهمية بمكان أن يعكس الهيكل التنظيمى للوحدة الصحية حقيقة اعتبار الجودة جزءًا أصيلاً من وظيفة كل فرد من الموظفين العاملين بها ؛ أى أنها ليست من الوظائف والمهام الإضافية أو الهامشية التى تضاف إلى أعمالهم . ورغم ذلك يبقى أن نشير إلى أن مدير الجودة فى الوحدة الصحية (الذى سنستعرض مهامه لاحقًا) سوف يسعى إلى تطوير تنظيم ظل للهيكل التنظيمى الحالى (Shadow Organization) ؛ وذلك لضمان الجودة فى الوحدة الصحية . ويوضح الشكل رقم (٣-٢) ذلك التنظيم الظلى .

الشكل رقم (٣-٢) : بيان الارتباط التنظيمى لشعبة مجموعة تنفيذ برنامج الجودة ضمن الهيكل التنظيمى للوحدة الصحية



إن تنظيم أعمال الجودة حسب الشكل رقم (٣-٢) لا يقصد به بأى حال إيجاد هيكل ينافس الهيكل التنظيمى المعمول به فى الوحدة الصحية ، بل إن الأرجح والمستهدف هو جعله جزءًا منه فى الوقت المناسب . وعليه فقد يكون من المهم أن نبدأ بتوضيح الأهداف والأنشطة المختلفة لكلا الهيكلين .

وحيث إن أغلب الوحدات قد طبقت نوعًا من التنظيم الهيكلى لأعمالها ، والذى اعتبر أنسب وأفضل السبل لتحقيق قدر عالٍ من الجودة فى تقديم الخدمات الصحية ، فهناك خمس مسائل أو حقول يجب النظر فيها وبحثها ؛ للتأكد من التطبيق الناجح لبرامج الجودة وللارتقاء بمستواها (REA, 1992) .

وهذه المسائل أو الحقول تتلخص فى التالى :

١- هيكلة الأقسام :

إن العامل الأساسى فى هذا الجانب يتمثل فى القدرة على إدارة وحدة خدمات للمرضى تكون منفصلة عن طريق : تجميع الخدمات الطبية على النحو الذى يوفر خدمات متكاملة ومشابهة للمرضى . ويعتبر هذا النهج الإدارى فى الكثير من الوحدات منحىً جديداً يتباعد عن التنظيم التقليدى الخاص بالمرضين والأطباء . ومن ناحية ثانية ، يجب أن يكون القسم ذا حجم مثالى وله نطاق معقول للمسؤولية .

٢- وعى موظفى الأقسام بأهمية وجدوى الهيكل الإدارى :

إن أحد المعوقات الكبيرة للحصول على مبادرات للجودة من قبل العاملين تتمثل فى عدم درايتهم بمسببات ودواعى إنشاء الأقسام .

٣- مدى تداخل ومشاركة الأطباء فى الإدارة :

إن الكثير من الأطباء يتمتعون بمهارات إدارية إلى جانب خبراتهم الكبيرة فى المجال السريرى ، ويمكنهم الإسهام عن طريق القيام بمهام الإدارة السريرية والعمليات التنسيقية المتصلة بذلك .

٤ – العلاقات البينية بين الأقسام :

هناك دائمًا حاجة لتقوية وتعقيد المنافسة الداخلية النظيفة على الموارد المتاحة ، وأيضًا إلى التعاون بين الأقسام المختلفة من أجل تقديم خدمات للمرضى تتسم بالتكامل . والمثالان الواضحان على مثل هذا التوجه هما : تكامل العلاقة بين الخدمات الجراحية والتخدير ، والعلاقة بين الخدمات الحادة والخدمات ذات الطبيعة العاجلة غير القابلة للتأخير .

٥ – القسم الواحد وباقى الخدمات :

من المهم وجود قسم يمتلك الوعى والدراية بالخدمات والمشاكل المرتبطة بها ؛ وذلك من أجل تلافى أو تقليل الحدود القبلية ! ومثل هذه الخلافات غالبًا ما تحدث بين الأقسام السريرية وأقسام الخدمات الأخرى مثل : شؤون الموظفين ، والموارد البشرية ، والتحميل ، والفئات الإدارية والكتابية ، والممتلكات والخدمات المساندة .

وعليه فإن التنفيذ الناجح لهيكل إدارى تقوده المجموعة السريرية يعتبر ابتكارًا وتحديًا معًا لكل الأطراف ذات العلاقة ، كما يمثل نقلة نوعية وسبيلاً أمثل لتنظيم وترقية وتحقيق الخدمات بفعالية .

٢ – مستويات العمل وتحديد المسؤوليات :

إن بعض إدارات / وحدات تقديم الخدمات قد استطاعت بنجاح تطوير هيكل إدارى على أساس (أو بالاستفادة من) البحث المكثف الذى أجرته جامعة "برونل – Brunel" حول مستويات العمل ، والذى تتلخص نتائجه على النحو التالى :

مستويات العمل :

المستوى السابع – تغطية النطاق الكلى للإدارة (التغطية الشاملة) :

يشمل هذا المستوى تعريف الطبيعة الأساسية للاحتياجات والخدمات وإيجاد المرافق وتحديد مسارات عملها ، بما يمكنها من توفير ما هو مطلوب منها . على سبيل المثال : المسؤولية الوزارية للصحة والرعاية الصحية .

المستوى السادس - الإدارة :

فى هذا المستوى يتركز العمل فى وضع الأطر اللازمة للتأكد من قيام الوحدات بنقل الموجهات التى يشتمل عليها المستوى السابع ، وأيضاً ، التأكد من توافر قنوات فعالة للتنسيق بين الوحدات المقدمة للخدمة . على سبيل المثال : المسئوليات الإقليمية للمناطق .

المستوى الخامس - تغطية النطاق الجزئى للعمليات (التغطية التشغيلية) :

يتركز النشاط فى هذا المستوى على توفير كافة الخدمات مع الأخذ فى الاعتبار ما توفره أجهزة أخرى فى ذات النطاق / الحيز الجغرافى . على سبيل المثال : مسؤولية توفير خدمات صحية فى مديرية / محافظة (District) معينة مع توفر القدرة على الاستجابة الكاملة لمتطلبات المجتمع والأجهزة الأخرى الموفرة للخدمة .

المستوى الرابع - العطاء الشامل (Comprehensive Provision) :

يتطلب العمل فى هذا المستوى التعامل مع نوعيات معينة من الخدمات لمنطقة اجتماعية تهتم بالاحتياجات غير المتوفرة . على سبيل المثال : التطوير على مدى زمنى لخدمة تمريض للمجتمع أو مستشفى عام كبير ، أو حتى توفير خدمات العاملين على مستوى المديرية / المحافظة (District) .

المستوى الثالث - العطاء المنتظم (Systematic Provision) :

فى هذا المستوى يتركز الاهتمام على التعامل مع المواقف أو الحالات المعقدة . على سبيل المثال : تطوير أو استخدام إجراء أو نظام جديد لتطوير العاملين أو إدارة ممارسة طبية .

المستوى الثانى - الاستجابة الموقفية (Situational Response) :

فى هذا المستوى يتم التعامل مع الحالات أو المواقف غير المألوفة بكونها غير متكررة ، أو لا نهاية محددة لها أو كونها معقدة . على سبيل المثال : إجراء تشخيص ، إدارة جناح تنويم مزدحم ، أو التعامل مع مسألة معقدة تتصل بشؤون الأفراد .

المستوى الأول – الناتج المحدد (Prescribed Output) :

فى هذا المستوى يتم تنفيذ الأعمال ذات الأهداف المحددة مسبقًا . على سبيل المثال : القيام بواجبات التمريض النمطية أو عمليات النظافة أو إجراء إدارى .

فى ضوء ما تقدم ، فإن فهمنا لطبيعة العمل فى وحدة إدارية يمكن بالمنطق البسيط تفسيره على النحو التالى :

المستوى الرابع : العطاء الشامل المدير التنفيذى/مجلس الإدارة/المديرون السريريون على مستوى مجلس الإدارة .

المستوى الثالث : العطاء المنتظم الإدارات (السريرية والوظيفية) ورؤساء الأقسام .

المستوى الثانى : الاستجابة الموقفية رئيسات وحدات التمريض والمعالجون وفرق رعاية الطفولة والأمومة .

المستوى الأول : الناتج المحدد أنشطة التمريض النمطية .

ولتكوين اتجاه واضح لتطوير الجودة والإدارة ينبغى أن يكون هناك تحديد واضح للمسؤوليات بين المستويات المختلفة . ويمكن أن يتم هذا على الوجه التالى :

المستوى الرابع : وجود مدير مسؤول عن تطوير الجودة .

المستوى الثالث : كل مدير يكون مسؤولاً عن الإدارة العامة للجودة فى كافة الوظائف والأنشطة فى إدارته .

المستوى الثانى : مديرو وحدات التمريض مسؤولون عن ضمان حسن التشغيل السلس للخدمات السريرية ، والأداء الجيد والمرضى للموظفين ، ناهيك عن التأكد من التحسن فى جودة الخدمة المقدمة .

هذا ، ويجب أن يسود فى أوساط العاملين ، فى كل مستوى من هذه المستويات ، شعور بالمسؤولية تجاه الجودة ، وينبغى على هؤلاء المهتمين بتطبيق نظام (BS 5750) ، مراعاة التأكد من وضوح الهيكل الإدارى ، ومستويات العمل ، وتعريف وتحديد المسؤوليات ؛ إذ إنها من المقدمات الأساسية لمقابلة متطلبات القسم الأول من مقياس الجودة .

٣- مشاركة الأطباء السريريين فى الإدارة :

اقترح " بيرويك وبنكر – Berwick and Bunker " فى دراستهما عام ١٩٩٢م أنه من الواجب على كل وحدة أن تشجع الاختصاصيين السريريين على القيام بدور أكبر ورئيسى فى تطوير قدرات الوحدات على تحسين عملياتها . وبمعنى آخر أشارا إلى أنه يجب على السريريين " **معالجة التنظيم** " أو " **تحسين صحته** " .

ويعد دور الاختصاصيين السريريين ، سواء أكانوا أطباءً أم أفراداً من الطاقم العلاجى (الممرضين ، والمساعدين الطبيين) أساسياً وهاماً فيما يتعلق بتطوير أسلوب إدارة الجودة الشاملة فى تقديم خدمات الرعاية الصحية . وعلى وجه خاص ، فإن خبرة ونضج الطاقم الطبى فى المجالين السريرى والإدارى ، تساعد فى تكامل المهارات والممارسات الإدارية المتاحة .

وبصفة عامة ، فإن مشاركة الطاقم الطبى فى موضوع ضمان الجودة يمكن أن يحدث بطرق مختلفة وعلى مستويات عدة ، وذلك من خلال ما يلى :

- مدير طبى (فى المجلس) .
- مجموعة توجيه أعمال تحسين الجودة .
- الجهاز الطبى الاحترافى .
- مدير تنسيق الأنشطة السريرية (منسق الإدارة السريرية) .
- لجنة المراجعة السريرية .
- الفرق السريرية .

- التنسيق والاتصال بالأطباء الممارسين العامين .
- مواصفات الخدمة .
- تخطيط الأعمال .

٤- دور المدير التنفيذى / أو مدير عام الوحدة :

إن طبيعة إدارة الجودة الشاملة المتمثلة فى الأهمية القصوى لدور القيادة العليا فى تنفيذها ونجاحها ، تتطلب قيادة نشطة وواضحة تكون الراعية والمسؤولة بصفة مباشرة عن الجودة الشاملة . ويتطلب هذا الدور الهام شخصًا يتسم بالمثابرة والخبرة والاستقرار والتركيز الذهنى ، ويتمتع بالمواصفات القيادية التالية :

- المهارات التنظيمية .
- مهارات الاتصال الفعال .
- القدرة على الإيفاء بمتطلبات تحقيق الأهداف على الأجلين القصير والطويل المدى .
- القدرة على مجابهة ضغوط العمل وضبابية المواقف .
- الالتزام بتحقيق الجودة .
- الوعى والدراية بأساليب إدارة الجودة الشاملة .

٥- دور المدير / المنسق السريرى :

مع تزايد الاعتماد على نموذج " الإدارة " - كوحدة إدارية تنظيمية - فى أغلب وحدات الأمراض الحادة وبعض مؤسسات العناية على مستوى المنطقة ، فإن دور المدير السريرى أصبح هامًا فى إدارة وتطوير الجودة . وحيث إن المدير السريرى هو المسؤول عن إدارة العاملين بالإدارة ، وكذلك عن إعداد ومراقبة ميزانيتها ؛ فإن أغلب المديرين السريريين هم من الأطباء الممارسين الذين تمثل لهم عملية الإدارة نشاطًا جزئيًا (إضافيًا) . وبمعاونة مدير الأعمال ومدير التمريض ، فإن المدير السريرى يمكن أن يكون مسؤولاً عن الأنشطة الإدارية التالية :

- تخطيط الخدمات .
- توزيع الموارد .
- إدارة النشاط وأعباء العمل .
- الحفاظ على علاقات حسنة مع الإدارات الأخرى .
- الحفاظ على علاقات حسنة بين العاملين بالإدارة .

ويتمثل التحدى الرئيسى الذى يمكن أن يواجه المدير السريرى فى قيادة الطاقم السريرى فى مجال الشؤون الإدارية ، واتخاذ القرارات وضمان مشاركة هذا الطاقم فى كل من الجوانب التالية :

- إدارة العقود .
- خفض تكلفة الجودة .
- تعريف / تحديد جودة الرعاية ومراقبتها .

وتتمثل أهم الصعوبات التى يجب على المدير أو المنسق السريرى مجابهتها فى المشاكل المرتبطة بأعباء العمل ، والافتقاد الظاهر أو الحقيقى للمهارات الإدارية .

٦- دور الإدارة العليا (المدير العام) :

إن كافة المديرين التنفيذيين سواء أكانوا نوابًا للمدير التنفيذى الأول ، أم كانوا رؤساء أقسام أو مديرين سريريين ، ينبغى عليهم فهم ماهية ومعنى جودة الرعاية ، وما تعنيه للمريض ، كما ينبغى عليهم المشاركة بفاعلية فى تحقيق هذه الجودة .

إن تقييم أداء ومدى استجابة المديرين يجب أن يتم فى ضوء أثر هذا الأداء والاستجابة على رعاية المريض و/ أو رضائه . إن النشاط الإدارى الذى لا قيمة إضافية له من وجهة نظر المريض ، يجب مواجهته وعمل ما يلزم لتصحيحه .

كما يجب على المديرين أن يشاركوا ويتفهموا المسائل المرتبطة بالمرضى والعاملين تحت قيادتهم ، وألا ينصبّ اهتمامهم على المطالب المتعلقة بتوفير مستلزمات إدارة

وحداتهم الداخلية ، أو جهازهم البيروقراطى . إن المدير يجب أن ينظر إلى دوره على أنه مسهل أو مدرب يساعد مرؤوسيه على الاستفادة من الموارد المتاحة فى وحداتهم فى سبيل تجويد أدائهم وتلبية احتياجات المرضى .

هذا ، وتتمثل أبرز المشاكل المشتركة فى الوحدات التى بدأت فى تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة فى كل من : ازدواجية أو تأرجح درجة التزام الإدارة العليا والوسطى بسبب التضارب / أو التنافس على الأولويات ، وغياب التطوير فى إدارة الجودة . ونظراً لأن بعض المديرين قد يفقدون أو لا يجدون طريقهم ، فإنهم يتصرفون بطريقة تعوق التغيير المطلوب ؛ وذلك إما عمداً لرغبتهم فى حماية أنفسهم وإخفاء القلق الذى ينتابهم ، وإما بصورة غير متعمدة لافتقادهم للمهارات المطلوبة أو الأفكار البديلة (انظر سيدون – Seddon, 1991) .

من ناحية أخرى ، يعتبر المديرون فى مستوى الإدارة الوسطى الأمناء الرئيسيين لتنفيذ رؤية المدير التنفيذى لتقديم رعاية صحية تتسم بالجودة . وكما يقترح " سيدون " فإن تقديم مثل هذه الخدمة بنجاح يجعل المديرين يشعرون بأنهم :

- يدركون هدف ورسالة وحداتهم .
- مزودون بالسلطة .
- يرتبطون جيداً بالمديرين الآخرين .
- يشعرون أن مديرهم منفتح على مقترحاتهم .

إن الحصول على مثل هذا الشعور يتطلب تحويراً وتبديلاً فى مفاهيم المديرين . وتشير نتائج أبحاث " سيدون " إلى أن المديرين فى منظمات الخدمات ، يحتاجون إلى اكتساب معرفة أكبر ومهارات إضافية فى اتخاذ القرار ، والقدرة على التحكم فى توزيع أعباء العمل ، وفض التعارض أو نزاعات أو صراعات العمل .

على صعيد آخر ، يجب على المديرين من غير ذوى الخلفية السريرية ، السعى لفهم قضايا العمليات السريرية ، والتخلص من الانشغال الزائد بالمسائل الإدارية . ويقترح " إلس – ١٩٩٢م " أنهم يحتاجون إلى اكتساب المهارات والقدرات التالية :

- فهم المفردات السريرية .
- الوعى بالجوانب التعليمية والنظامية لمختلف المهن .
- القدرة على ترجمة القضايا الإدارية إلى لغة يفهمها السريريون .
- مهارات التعامل والتفاعل البناء مع السريريين .

٧- القدرات أو الكفاءة الإدارية المطلوبة فى إدارة الجودة :

رغم أن هذا الموضوع قد تم التعرض له فى موضع آخر " كوش - ١٩٩١م " إلا أننا نشير إلى أن القدرات الرئيسية الواجب توافرها فى المديرين العاملين فى " الخدمة الصحية الوطنية " (سواء أكانوا مديرين عامين أو مديرين سريريين) تتمثل فى التالى :

*** القيادة والقدرة على التأثير :**

- القدرة على الرؤية وعلى التخطيط الإستراتيجى .
- القيادة المستقلة .
- حل الصرا ع أو التعارض .
- الاتصال الفعال .
- القدرة على تطوير العاملين .

*** مهارات اتخاذ القرار :**

- حل المشكلات .
- استرجا ع وتنظيم المعلومات .
- المخاطرة المحسوبة .
- الانحياز للعمل .

*** المهارات الإدارية :**

- التحكم فى الوقت وفى أعباء العمل .
- القدرة على التركيز .
- التفويض والمساندة .
- تقييم التقدم .
- القدرة على تغيير المسار .

*** شؤون الأفراد :**

- الالتزام بالجودة فى الأداء الذاتى .
- تحمل الضغوط .
- الأثر الإيجابى على الآخرين .
- التأقلم .
- الاهتمام بتوجيه العملاء .

وظيفة الجودة ومديرها :

١- دور المدير :

فى ظل النظام الحالى للإدارة المتمثل فى وحدة مجلس الإدارة ، فإن السائد هو تحديد أحد أعضاء المجلس كمسؤول عن الجودة . ويرتبط هذا ، غالبًا ، بمسؤولية هامة أخرى مثل :

- شؤون العملاء .
- التسويق .
- مشورة التمريض " الاحترافية " أو :
- التعاقد .

وأهم مسؤوليات هذا الدور ، كالتالى :

وصف الوظيفة :

مسمى الوظيفة : مدير خدمات التمريض / العملاء

الارتباط التنظيمى : مسؤول أمام الرئيس التنفيذى

ملخص الدور :

كمدير تنفيذى ، فإن لشاغل هذه الوظيفة مسؤولية تضامنية ، كعضو فى المجلس ، فى الرسم الكلى للسياسات والتوجيه الإستراتيجى للوحدة . ويوفر المدير الجوانب القيادية للممرضين وزائرى الخدمات الصحية ، وذلك من خلال تطوير وتنفيذ وتقييم سياسات الوحدة بما يتواكب مع أهدافها وقيمها .

ويتحمل المدير ، أيضًا ، المسؤولية الكاملة أمام المجلس لتنفيذ إستراتيجية الجودة الشاملة ، بما فيها التأكد من أن مستويات الجودة المنصوص عليها فى العقود المبرمة مع المشترين قد تم الأخذ بها وتمت مراقبتها .

ومن مسؤوليات المدير ، أيضًا ، المشاركة فى تطوير الوحدة كمنظمة تركز على العملاء من خلال تطوير كافة العاملين بالوحدة .

المهام والواجبات الرئيسية :

- **مسؤول عن تنفيذ ومراقبة إستراتيجية الجودة الشاملة ،** وذلك من خلال :

- التأكد من أن أنظمة الجودة أصبحت جزءًا أصيلاً من أنشطة العمليات فى كل المنظمة .
- العمل بالتضامن مع المديرين السريرين العاملين على تطوير طرق قياس وتقويم وتحديث مستويات الخدمة .
- تسهيل ومساندة وتنسيق مبادرات جودة الخدمة .

- تخطيط وتسهيل وعى العاملين بقضايا الجودة وطرق تحقيق مستويات الجودة العالية للخدمات .
- العمل كوسيط وكرائد فى تطوير ثقافة الجودة فى عمل كل فرد فى المنظمة .
- مراقبة كل شكوى ، وكذلك رسائل الإعجاب والتقدير ، وبخاصة عند مراجعة اتجاهات ومواقع الأداء المتدنى ، ويكون يقظًا عند دعاوى الإهمال .
- تطوير وتسهيل مسوحات العملاء .
- تنسيق عمليات تنفيذ الأدلة المنصوص عليها فى عقود الخدمات المقدمة من وزارة الصحة .
- التأكد من أن مستويات الجودة فى تقديم الخدمات المنصوص عليها فى العقود تم تنفيذها ومراقبتها .
- تسهيل وتطوير عملية المراجعة السريرية التى تشمل كافة المهن ، آخذًا فى الاعتبار أن كل مهنة ستقوم فى البداية بتطوير نظام فردى للمراجعة يتحول لاحقًا إلى نظام متعدد المهن .

- **مسؤول عن المستويات الاحترافية ، فى ممارسة وأداء التمريض ،** وذلك من خلال :

- ممارسة القيادة الاحترافية ، والتأكد من توفير خدمات تمريض تتسم بالأمان والتميز وخفض التكاليف .
- توفير النصح والمشورة للرئيس التنفيذى والمجلس والمديرين الآخرين فى كافة جوانب إستراتيجية التمريض من ممارسة وتعليم وتدريب .
- إعداد وتنفيذ المستويات المعيارية لممارسة التمريض بالتوافق مع UKCC & ENB .
- توفير النصح والمشورة للرئيس التنفيذى والمجلس والمديرين الآخرين حول الطرق المناسبة لتحديد احتياجات عمالة التمريض الماهرة وسبل استغلال الموارد التمريضية .
- الاهتمام بتطوير الممارسة التمريضية ورعاية الوعى بالأنشطة البحثية .

- **المسؤولية التضامنية كعضو بالمجلس :**

- المشاركة فى رسم وتطوير إستراتيجية الوحدة وسياساتها .
- المشاركة فى الرقابة الشاملة على أداء الوحدة ، والتأكد من الجدوى المالية وجودة الخدمة .
- المساهمة فى القيادة الشاملة للوحدة والسعى لتوسيع المسؤوليات بما يضمن اتخاذ القرار بسرعة وبقدر عالٍ من الاستجابة .

ويقترح فى أحيان كثيرة أن وجود مثل هذا المنصب يجافى مقولة أن الجودة جزء من عمل كل فرد فى المنظمة . وهذا أيضًا يمكن أن يقال عن دور كافة المديرين الاختصاصيين ، وهم على سبيل المثال : مديرو المالية ، وشؤون الأفراد ، وكل الوظائف التى لها علاقة بالإدارة التنفيذية . ولكن الفرق هو أن المطلوب من المديرين الاختصاصيين ، يتمثل فى توفير وتطوير الخبرة فى هذه الجوانب الاختصاصية وليس إدارة الوظائف فى الوحدة ، وهو اختلاف دقيق . بمعنى آخر ، فإن وجود مدير للجودة إنما هو لتسهيل ومساعدة المديرين التنفيذيين فى إدارة جودة الخدمة وليس إدارة مثل هذه الإدارة بعينها .

إن الخلفية المهنية المثالية لشاغل هذه الوظيفة هى التمريض ؛ وذلك لأسباب تاريخية وعملية ؛ فالأسباب التاريخية تنجم عن أن أغلبية أعمال الجودة كانت فى مجال خدمات التمريض ، أما الأسباب العملية فتدعو الحاجة إليها فى تمثيل أكبر عدد من العمالة (وهو التمريض غالبًا) .

٢- المجموعة التوجيهية لتحسين الجودة :

إن مفهوم إدارة الجودة الشاملة ينطوى على حاجة تحسين الجودة إلى جهود تنسيقية وإدارية داخل الوحدة ؛ فالإدارة الحقيقية لتحسين الخدمة يجب أن تتم فى إطار نظام إدارى تنفيذى . ولكن عملية إدارة الجودة الشاملة التى يقودها المدير العام التنفيذى للوحدة تحتاج إلى عمليات تنسيقية يقوم بها كل من مدير الجودة ، ومجموعته التوجيهية ، وذلك من خلال تحديد أهداف واضحة ومسؤوليات محددة ، يمكن إيجازها على النحو التالى :

الأهداف

- التخطيط لتطوير وتنفيذ الإستراتيجية .
- توفير القيادة والموارد .
- التحريض أو الحث على العمل ومراقبته ؛ من أجل تنفيذ وإيصال رسالة " عملية التحسين المستمر للجودة " .

المسؤوليات :

- قبول تنفيذ خطة الجودة .
- تطوير القضايا الرئيسية والإستراتيجية والأهداف .
- وضع ومراجعة الأولويات .
- إدارة التنفيذ الشامل لجداول العمل والوقت .
- تحديد المسؤوليات الخاصة بالنشاط فى كل الوحدة .
- توفير القيادة الأساسية والتوجيه لعملية التحسين .
- تطوير وزيادة الوعى بالجودة ومتطلبات التدريب .
- تسهيل ومساندة تنفيذ النظم الأساسية فى تحسين العمليات ، والاستجابة للعملاء ومنح صلاحيات للعاملين .
- مراجعة عملية إدارة الجودة الشاملة والاتفاق حول معايير عمليات إعداد التقارير والتقييم والتغذية المرتدة .

إن عضوية المجموعة التوجيهية لتحسين الجودة ، لا تستلزم بالضرورة تمثيلاً لكافة المجموعات المهنية السريرية وغير السريرية داخل المنظمة ، بل تتطلب أعضاء يتسمون بالمهارة والخبرة والرؤية بشأن عملية التحسين المستمر للجودة . ولكن قد يكون مفيداً وعملياً وجود أعضاء قادرين على سد الثغرات الحقيقية أو الظاهرة بين مديرى الخطوط والهيئة الطبية والتمريضية ، مثل رئيس المراجعة الطبية وكبيرة المرضات .

وبالنسبة لرئاسة المجموعة التوجيهية فقد تختلف من تنظيم لآخر ، إلا أن الاحتمال الأكبر أن يرأسها :

- المدير التنفيذى العام للوحدة ، أو مدير الجودة ، أو رئيس المراجعة الطبية .

ولكل واحد من هؤلاء جوانب قوته وضعفه كرئيس . وعليه فإن المعيار الرئيسى يتمثل فى المقدرة على تطوير رؤية بشأن إدارة الجودة الشاملة وتحويلها إلى نشاط فعّال .

٢- المجموعات الفرعية لتخطيط الجودة :

بعد البدء فى نشاطها ستدرك المجموعة التوجيهية لتحسين الجودة أنها ستحتاج إلى الوقت والجهد الذى تبذله فى مشاريع محددة أو تطوير إستراتيجيات أو أساليب أو أنظمة محددة . هذا الأمر يستوجب تكوين مجموعات فرعية ظرفية لتبحث مسائل مثل :

- التدريب والتعليم .
- وضع المستويات المعيارية / المراقبة / النشاط التصحيحى .
- القياس / الجدولة .
- التفويض والصلاحيات ، وفرق تحسين الجودة .
- تكاليف الجودة .
- رعاية العملاء .
- الانطباعات الأولية .

وتقوم كل مجموعة بإعداد تقرير بنتائج أعمالها للجنة التوجيهية الرئيسية .

تخطيط الأعمال ، إستراتيجية الجودة وخطط الإدارة للخدمات :

١- الخبرة الحديثة لتخطيط الأعمال فى نظام الخدمة الصحية الوطنية :

خلال السنتين أو السنوات الثلاث الماضية كانت الإدارة العليا فى نظام الخدمة الصحية الوطنية تتعلم كيفية تطوير أسلوب لتخطيط الأعمال ، وذلك بشكل سنوى ، ولفترة تحضير امتدت تسعة أشهر لوضع خطة عامة للخدمة الصحية الوطنية . وقد تطلب ذلك عقد الكثير من الاجتماعات التى اقتصرت على مستوى الإدارة أو مستوى التخصص ؛ وذلك للنظر فى برنامج عمل (أجندة) يتعلق بتوضيح مسائل تتصل بالنشاط أو الجودة أو تكلفة الخدمة .

وهذه الخطة توفر الرؤية بشأن ما تود الوحدة الوصول إليه خلال السنة ، أو السنتين ، أو السنوات الثلاث القادمة . إن الإستراتيجية تهدف لتوحيد وبث الدافعية لدى العاملين من أجل تحقيق هدف مشترك . وفى الكثير من خطط الأعمال لم يتم التركيز على الجودة على أنها الدافع الرئيسى . وفى الغالب فإنها قد ضمنت محتوى ماليًا ؛ حيث إنها توفرت فى أقسام دون أن تكون لها أولوية قصوى .

من ناحية ثانية ، وكناتج جزئى لتدنى أولويتها ، فإن السريرين لم يقوموا بالضرورة بتبنى وتوجيه خطط أعمالهم بما يوجه المنظمة ، أو تقديم خدمات الرعاية الصحية فى دائرة اختصاصاتهم فى السنة التالية للخطة ؛ ولذلك فقد فقدت هذه الخطط الكثير من قوتها وتأثيرها ، حتى عدّها البعض مجرد تمارين على الورق .

٢- تكامل إستراتيجية الجودة مع تخطيط الأعمال :

إن الوحدات الصحية / منظمات العناية تقوم الآن بتطوير رؤية تسمح بجمع هاتين العمليتين التخطيطيتين . وفى مبادرة حديثة فإن وحدة الحالات الحادة قد استطاعت تطوير إطار لتخطيط أعمالها على النحو التالى :

خطة عمل ١٩٩٣ / ١٩٩٤م

مقدمة ونظرة عامة :

أ – إستراتيجيات الخدمة المستقبلية (المبنية على خطط الأعمال وتحليل المخاطر لكل إدارة) .

ب– مراجعة الخدمات الحالية .

ج– إدارة العقارات .

د– الإدارة الإستراتيجية .

هـ– إستراتيجية الجودة .

و– إستراتيجية المالية .

ز– إستراتيجية الموارد البشرية .

ح– تحليل السوق .

خطط عمل القسم :

أ – إستراتيجيات الخدمة المستقبلية (المبنية على الأولويات والمتطلبات السريرية ، فرص السوق ، الجودة ، ومنح صلاحيات للعاملين) .

ب – توصيف ومراجعة الخدمة الحالية (متضمنة تحليلاً للاتجاهات) .

ج – إدارة الخدمات التى تشمل :

- الهيكل .
- القيادة .
- إدارة المكان ، والمبانى ، والمعدات والأجهزة .
- استخدام المعلومات (متضمنة صلتها بالمعلومات الإدارية) .

- إستراتيجية الموارد البشرية .

- الإدارة المالية وخفض تكاليف " الفشل " .

د- تحسين الجودة :

- المؤشرات الرئيسية .

- تطوير ومراقبة المستويات المعيارية والبروتوكولات .

- أساليب ونتائج المراجعة .

- التجاوب مع معلومات التغذية المرتدة (من المرضى ، والأطباء أو الممارسين العامين ، والمشترين) .

- حل المشكلات المرتبطة بتحسين الجودة .

إن وجود مثل هذه الخطط يسمح بتطوير إستراتيجية للجودة يمكن النظر إليها على أنها مكملة لخطط الأعمال وتوفر الفرصة لاتخاذ سياسات للمنشأة على مدى اثنى عشر شهراً . كما أنها تساعد على تحقيق قدر أكبر من المشاركة والالتزام من قبل السريريين وعلى خفض التفرقة بين المسائل المالية والنشاط والجودة ، وهى تفرقة غير حقيقية فى الممارسة السريرية .

٣- تحديد خطة الإدارة :

كما أوضحنا فى الفقرة السابقة ، فمن السمات الأساسية فى إدارة تحسين الجودة إشراك الوحدات التنفيذية الرئيسية (الإدارات السريرية وغير السريرية) فى التخطيط للمستقبل . وجزء من هذه العملية يتطلب تنظيم خطط أعمال الجودة على مستوى الإدارة . والجزء الآخر منها يتركز على تطوير خطط الجودة ، والتى نوضح أحد نماذجها على النحو التالى :

ملخص ورشة عمل (ندوة) لكبار الموظفين

تخطيط الجودة داخل الأقسام

مقدمة :

لقد تم بذل جهد كبير فى اتجاه توفير رعاية وخدمة تتسم بالجودة داخل وحدة الحالات الحادة . ومنذ عهد قريب ، تم تطوير مسودة لخطة جودة للوحدة ، تزامنت مع تعيين مسهل للجودة ، مع معاونة من خدمات استشارية خارجية .

إن الجزء الرئيسى من خطة الجودة تركز حول تطوير خطط للجودة على مستوى الإدارة . حيث ركزت الخطط على (١٢) إدارة سريرية ، (٦) إدارات منها تخصصية ، إلى جانب الخدمات السريرية وغير السريرية المساندة . وتسعى جهود التخطيط على مستوى الإدارة إلى التأكد من أن السلطة المسؤولة عن تطوير الخطط المتعلقة بتحسين الجودة تتوفر قريباً من المرضى قيد الرعاية ، وأنها تتضمن مشاركة أساسية من قبل الفئات الطبية والتمريضية . كما أن جهود التخطيط ستتصل بالعمل الحالى فى نطاق " تخطيط الرعاية الجماعى" .

لقد تم إعداد إطار عام (والذى يمكن تعديله) لكل إدارة . وهذا الإطار يساعد فى تقييم التقدم الراهن على عدة أبعاد (محاور) أساسية فى إدارة الجودة .

هيكل وإطار إدارة الجودة :

يوضح الشكل رقم (٣-٣) الهيكل العام للوحدة ، ويتضمن ترقيماً لكل واحدة من الإدارات أو الخدمات ؛ لأغراض هذا التمرين حول التخطيط للجودة .

الشكل رقم (٣-٣) : تمرين فى التخطيط للجودة ضمن مختلف إدارات وأقسام الوحدة الصحية

المدير العام لوحدة الحالات الحادة

الأقسام السريرية

١- المنسق السريرى لقسم الإصابات والكسور وحالات العظام الأخرى .
٢- المنسق السريرى لقسم الحوادث والطوارئ .
٣- المنسق السريرى لقسم الخدمات المخبرية .

٤ - المنسق السريرى لقسم التوليد وأمراض النساء .
٥ - المنسق السريرى لقسم الجراحة التجميلية وجراحة الفم .
٦ - المنسق السريرى لقسم خدمات الأطفال وحديثى الولادة .
٧ - المدير السريرى لخدمات الأشعة .

٨ - المنسق السريرى لقسم الباطنة العامة .

٩ - المنسق السريرى لقسم الجراحة العامة .
١٠- المنسق السريرى لقسم الأنف والأذن والحنجرة .
١١- المنسق السريرى لقسم العيون .

١٢- المنسق السريرى لخدمات التخدير .

مديرو المستشفى / مديرو الأقسام

١٣- مدير المستشفى (أ) :
- مدير أعمال الأقسام السريرية .
- مدير موقع .
- نطاق الوحدة :
  - العلاج المهنى .
  - التغذية .
  - المغسلة .
  - الإسكان .
  - الهواتف .
  - النظافة والتجميل .
  - المكتب العام .
  - الأمن .

١٤- مدير المستشفى (ب) :
- مدير أعمال الأقسام السريرية .
- مدير موقع .
- نطاق الوحدة :
  - التعقيم المركزى .
  - العلاج الطبيعى .
  - الصيدلية .
  - التصوير الطبى .
  - النقل وخدمات الإسعاف .

- مدير القسم الإدارى - الباطنية .
١٥- مدير أعمال القسم السريرى .

- مدير القسم الإدارى - الجراحة .
١٦- مدير أعمال الأقسام السريرية .
مدير خدمات العلاج المتخصصة والعيادات الخارجية .

مديرو الإدارات والأقسام الوظيفية

١٧ - مدير التخطيط الشامل والتعاقد :
- تقديم المشورة حول إستراتيجية العمل لمجلس الوحدة .
- تنسيق خطط أعمال القسم .
- تخطيط ومراقبة وتفاوض حول التعاقدات الخارجية .
- الخدمات الإستراتيجية وتخطيط رأس المال .
- العلاقات العامة والشؤون الخارجية .

١٨- المدير المالى :
- إسداء المشورة حول الإستراتيجية المالية .
- تقارير ومحاسبة الإجراءات المالية :
- تكاليف وتسعير العقود .
- التقييم / وكفاءة التكاليف .
- تفويض الميزانية ومساعدة الإدارات السريرية .

١٩- مدير الجودة والموارد :
- مدير برنامج إدارة الموارد .
- تطوير وإدارة برامج الجودة .
- خدمات المعلومات والسجلات الصحية .
- الاتصالات .
- المعلومات وتدريب الجودة .

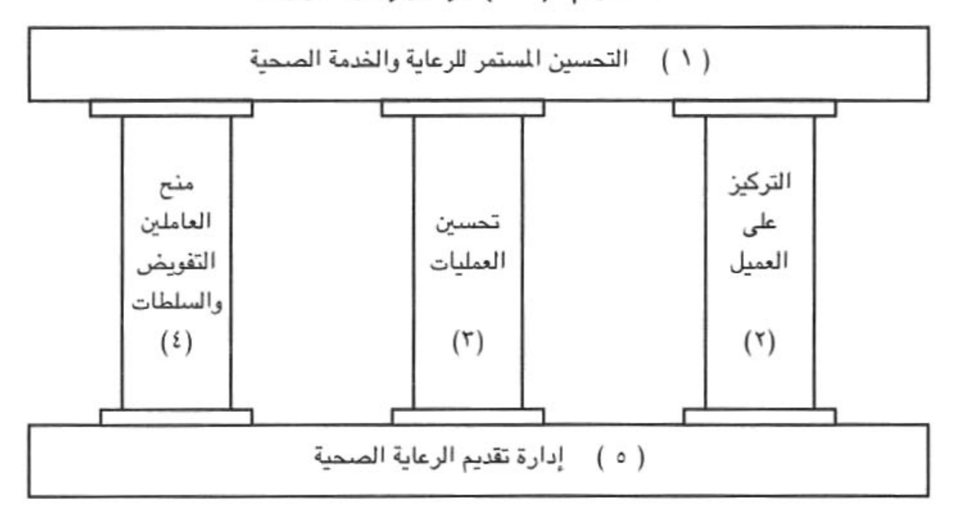
٢٠- مدير الموارد البشرية :
- المشورة حول إستراتيجية الموارد البشرية .
- سياسات تخطيط الأفراد .
- المفاوضات التنظيمية .
- تطوير التنظيم والتدريب .
- التطوير الإدارى .

٢١- مدير الممتلكات وخدمات العمل :
- المشورة حول مسائل .
- الممتلكات والعقارات .
- عمليات وصيانة المبانى والخدمات .
- إدارة العمالة المباشرة والمتعاقدين والطاقة .
- تنسيق وتخطيط برامج الصيانة والمبانى الرئيسية .

٢٢- مستشار تمريض الوحدة :
- المشورة فى مسائل التمريض الاحترافية .
- مدير أعمال خدمات التخدير .
- مدير خدمات غرفة العمليات .
- تسهيل تطوير سياسات التمريض .

ويوضح الشكل رقم (٣-٤) - أدناه - إطار إدارة الجـودة ويتـضـمن المكونات العديدة لإدارة الجودة ، الذى يُطلب من كل قسم دراسته والنظر فيه .

الشكل رقم (٣-٤) : إطار إدارة الجودة



عملية التخطيط للجودة والجدول الزمنى :

إن تجميع هذه الخطط سينتج عنه وثيقة تغطى الجوانب التالية :

أ- مسائل تتعلق بتخطيط الجودة على مستوى الوحدة :

- ميثاق المرضى .
- متطلبات المشترى .
- مسائل الوحدة الصحية .

ب - خطط الجودة للإدارة السريرية (١٢) .

ج - خطط الجودة للإدارات التخصصية (٦) .

د - خطط الخدمات المساندة السريرية وغير السريرية (١٢ تقريباً) .

وكجزء من المرحلة التالية لاجتماع تخطيط الأعمال لعام ١٩٩٣-١٩٩٤م فهناك جدول زمنى تقريبى لرفع درجة الوعى ولإعداد مسودات خطط الجودة ، وذلك على النحو التالى :

تحضير الإطار :

- الاجتماع مع المنسقين الرئيسين للإدارة ، والمديرين / والسريرين يوليو ١٩٩٢م
- العمل مع كل إدارة على حدة يوليو/أكتوبر ١٩٩٢م
- اجتماع لمدة ساعة لإكمال المسودة الأولى للاجتماع مع الإدارة العليا أكتوبر/نوفمبر ١٩٩٢م

ما هى الفوائد المترتبة ؟

١- الشعور بالمشاركة فى إدارة تحسين الجودة وتكامل الجهد مع تخطيط الأعمال الشامل على مستوى الوحدة .

٢- القيام بنشاط منظم فى كل إدارة من أجل :

أ . تحسين درجة التوافق فى العمليات الرئيسية المتصلة بالرعاية والخدمة .

ب. تلبية احتياجات المرضى وتوقعاتهم .

جـ. السعى نحو مواصلة إرضاء العاملين بالعمل فى مجموعة " دُدلى Dudley " للمستشفيات .

د. خفض الموارد المهدرة .

ويمكن الحصول على المزيد من المعلومات حول هذه الحلقة من كل من :
Lynette Holiday, Paul Brennan, Hugh Koch

التخطيط للجودة داخل القسم :

مقدمة :

إن التخطيط للجودة هو أسلوب هيكلى منظم لتدعيم وتطوير تقديم برامج الرعاية الصحية الحالية فى وحدة الحالات الحادة ، كما أنها جزء من الأسلوب الكلى لتخطيط

الأعمال . إن التخطيط للجودة فى القسم يتجاوز خطة الجودة للوحدة لعام (٩٢-١٩٩٣م) التى تمت مناقشتها داخل الوحدة .

الرجاء تعبئة الجزء التالى بقدر ما تستطيع ، وسنكون سعداء بتقديم المساعدة بقدر ما نستطيع . وهناك غرضان لهذا النموذج : الغرض الأول أنه يساعد فى تطوير خطة إدارتك لأغراض الإدارة الداخلية وأهدافها ، والغرض الثانى أنه يساعد فى وضع خطة أعمال للوحدة .

هيكل القسم :

برجاء رسم هيكل للإدارة أدناه (أو فى ورقة مستقلة) على أن توضح فيه الأجنحة والأقسام (إذا كان ذلك ملائماً) داخل الإدارة .

الاتصالات :

فى الجدول أدناه يرجى توضيح نوعية الاجتماعات داخل الإدارة خلال فترة من (١-٨) أسابيع . وإذا كانت الاجتماعات تعقد بصورة غير منتظمة نرجو الإشارة إلى ذلك .

مسمى الاجتماع	أسبوع رقم ١	أسبوع رقم ٢	أسبوع رقم ٣	أسبوع رقم ٤	اجتماعات غير منتظمة تعقد شهرياً	أسبوع رقم ٥	أسبوع رقم ٦	أسبوع رقم ٧	أسبوع رقم ٨	اجتماعات غير منتظمة تعقد كل شهرين

تحديد مؤشرات الجودة :

باستخدام الورقة المرفقة يرجى تحديد مسائل الجودة الرئيسية فى إدارتك ، والتى تتطلب وضع مستويات معيارية أو القيام بعمل تصحيحى .

وهذه قد تكون :

أ- مسائل وعمليات أساسية ، مثل :

- ميثاق المريض .
- التنويم (الإدخال) والخروج .
- المشترين و/أو مسائل الوحدة .
- الإدارة - قضايا محددة .

ب- مسائل متصلة بمشكلات ، مثل :

- توافر السرير الطبى .
- الشكاوى .

ج- مسائل متنوعة ، مثل :

- تخطيط الرعاية .
- تخطيط الخروج من المستشفى .

إن الإطار العام لمثل هذه القضايا يتمثل فى عمل خط تدفق المريض بين خدمة وأخرى (Patient Trail) الموضح أدناه ، وما يزال العمل جارياً لتكامل هذا الأسلوب مع التخطيط التعاونى للرعاية .

قبول المريض	←	إدخال المريض	←	التقييم والتشخيص	←	العلاج	←	الخروج

وضع المستويات المعيارية ومراقبتها :

تقوم الوحدة بتطوير أسلوب شامل لوضع المستويات المعيارية ومراقبتها . الرجاء إعداد خطة عمل لأخذ كل واحد من مؤشرات الجودة المذكورة آنفًا وتوصيف المستويات المعيارية (واحد أو أكثر) لها ، وكذلك توصيف آليات المراقبة المناسبة (انظر المثال أدناه وكذلك الصفحات المرفقة) . يرجى أيضًا تحديد المواعيد النظامية (المنتظمة) لمراجعة الأداء ، وكذلك مراجعة المستويات المعيارية نفسها .

مؤشر الجودة	المستوى المعيارى	المراقبة	سجل الأداء

ومن القضايا التى يجب الاهتمام بها ضمن موضوع وضع المستويات المعيارية ومراقبتها :

١- الجدول الزمنى ومقدار الإنجاز الممكن تحقيقه لوضع المستويات المعيارية والوقت اللازم للانتهاء منها .

٢- التركيز على المستويات المعيارية على مستوى الإدارة كلها ، ثم المستويات المعيارية للأقسام بعد ذلك .

معلومات التغذية المرتدة من المرضى والعاملين :

تقوم الوحدة بتطوير استبانتين لأخذ مرئياتك بشأنهما : الأولى تعطى للمرضى (أو أقاربهم) ، والثانية توزع على العاملين المستفيدين من خدماتكم . الرجاء التفكير فى كيفية وتوضيح الطريقة التى تقترحها للحصول على معلومات التغذية المرتدة من

المرضى والعاملين على أساس زمنى منتظم (كل ربع عام) . إن ناتج هاتين الاستبانتين يتمثل فى معلومات يمكن الاعتماد عليها كأساس لعملية التحسين ، وأيضاً كعلامة للعد والإحصاء لمراقبة وملاحظة التغيير وفقاً لمدى زمنى محدد .

المراجعة (الطبية / السريرية / الإدارية) :

إذا لم تكن قد وردت ضمن الجزء الخاص بوضع المستويات المعيارية ، فالرجاء توصيف الكيفية التى يتم من خلالها تسجيل المخرجات / النتائج (سواء أكانت إيجابية أم سلبية) ، وكذلك سبل مراقبتها ، وكيف يتم استخدام مثل هذه النتائج فى تحسين الخدمة المقدمة .

النتائج الإيجابية	النتائج السلبية	طريقة وتكرار تسجيل النتائج

المعلومات المنتظمة :

ما هى طبيعة المعلومات التى تقوم بجمعها ومراقبتها بانتظام والتى تحيطك علماً بشأن عوامل أساسية للجودة (مثل مدد الانتظار) أو بشأن الجوانب التى تعانى من مشكلات ؟

رفع درجة الوعى بالجودة لدى العاملين وتدريبهم :

برجاء وصف الخطط المعمول بها حالياً للتأكد من أن كافة العاملين بالإدارة على علم بما يتم حول الجودة ويتم تزويدهم بالمعلومات اللازمة لمواكبة ما يتم .

تقدير العاملين ومنحهم الصلاحيات :

كيف يتم القيام (بصورة منتظمة) بتدعيم وتقوية وتشجيع العاملين وتزويدهم بالمعلومات ؟ هل لديك :

أ - نظام تقويم أداء الموظفين (مضمَّنًا نظام تحسين الأداء) .

ب- مجموعات تحسين الجودة .

مراقبة الميزانية وتكاليف الجودة :

١- هل تشعر بأنك تراقب رقابة سليمة ميزانية إدارتك ؟

٢- هل تقوم بانتظام بتجاوز الصرف المقرر من الميزانية (شهريًا) ؟ وإذا كان الأمر كذلك فلِمَ ؟

نعم / لا	تعليقات

٣- ما هى المشاكل الرئيسية التى تسبب هدر الموارد (الوقت ، الجهد ، الدخل) فى إدارتك ؟

المشكلة	الهدر السنوى تقريبًا
١ -	
٢ -	
٣ -	
٤ -	
٥ -	
٦ -	

عند إكمالك تعبئة هذه المسودة أرجو تزويدى بنسخة منها وذلك لإجراء المزيد من النقاش .

شكرًا جزيلاً

مشاركة العاملين فى إدارة الجودة :

١- هيكل وإطار إدارة الجودة :

فى القسم الأول من هذا الفصل تم تحديد "شكل النظام" الذى يوضح الكيفية التى ترتبط بها مجموعة تنفيذ برامج الجودة مع الإدارة التنفيذية . إن الهدف من إدارة وتنظيم الجودة المستمرة فى مراحلها الأولى هو التهيئة والإعداد لضمان المشاركة المستمرة لكل العاملين فى موضوع إدارة الجودة . وهناك قوى دافعة مهمة لتحسين الجودة - من أهمها مشاركة العاملين . وعليه فلا بد من بذل كل جهد ممكن من قبل الإدارة التنفيذية الرسمية ، وكذلك من قبل المجموعة التوجيهية لتحسين الجودة ؛ من أجل إعلام كل العاملين ، وليس غالبيتهم أو فقط هؤلاء الذين سمحت الظروف بحضورهم لاجتماعات الفريق ... إلخ . وقد يبدو هذا الأمر صعبًا ويتطلب عملاً شاقًا ، ولكن حقيقة الأمر أن المشقة ستكون أكثر بدون القيام به ؛ وذلك بسبب المقاومة الواعية أو غير الواعية التى سيبديها العاملون الذين لم يتم تعريفهم أو إعلامهم بالعمل .

٢- " إنها جزء من عمل كل شخص من العاملين " - المضامين :

يقال عن إدارة الجودة أنها " تقاد من أعلى وتطعم من أسفل " ورغم فجاجة المقولة إلا أنها ذات مغزى ما . إن الإدارة والتنظيم اللذين تم التعرض لهما حتى الآن يعتمدان على الإدارة العليا والسريريين فى تطوير خطط عمل إستراتيجية للوحدات والإدارات . وبمجرد إخطارها بالمطلوب فإن أغلبية العاملين على المستوى التشغيلى يجب عليهم الاقتناع بأن مسؤولية ترجمة هذه الخطط والنوايا للحفاظ على ترفيع وتجويد الأداء فى أداء واجباتهم الوظيفية المحددة لهم تقع على عاتقهم . وهذه الدافعية يجب تشجيعها عن طريق السبل التالية :

- الالتزام الشخصى الذاتى .
- موالاة الفريق .
- الرغبة فى الوفاء بتوقعات المديرين مقابل تقديرهم للعاملين وتدعيمهم .

٣- فرق تحسين الجودة :

إن مشاركة العاملين فى مختلف جوانب إدارة الجودة الشاملة بصورة عامة ، وفى حل المشكلات بصورة محددة ، يمكن تحقيقها من خلال التطوير الإبداعى لفرق تحسين الجودة (QITs) ودوائر أو حلقات الجودة (QC) ، وهى مبادرة تم التعرض لها بالتفصيل فى الفصل التاسع .

إن هذا الأسلوب المدمر (Subversive) لرفع مستوى الجودة ، يعتبر حتميًا وضروريًا لمعاونة وتدعيم أى نوع من الهياكل الإدارية ، حتى أكثرها فعالية وإيجابية .

وكما هو الحال في كل أسرة ، فإن العاملين يحتاجون إلى الشعور بقدرتهم على التفاعل والتعامل برد الفعل ، وتجاهل أو حتى معارضة إدارتهم ولكن بصورة بناءة ومقبولة . ويمكن أن توفر فرق تحسين الجودة مثل هذه الفرصة ، كما أنها تساند الطرق الرئيسية التالية المطروقة لزيادة مشاركة العاملين - انظر هذه المساحة للمزيد من التفاصيل .

الفصل الرابع

قياس وتحسين الجودة

مقدمة :

من العناصر الأساسية فى إدارة خدمات الرعاية الصحية هى القدرة على القياس. ونعني بالقياس القدرة على تحديد مسائل مثل : أين نحن الآن ؟ أين نريد أن نكون ؟ وأيضًا قياس الجوانب الأساسية المرتبطة بتقديم الخدمة الصحية . فى الفصل السادس سنعرض لتفاصيل تتعلق بسبل وضع المستويات المعيارية وكيفية مراقبتها ، وكلها جوانب يربط غالبية العاملين بالخدمة الصحية الوطنية بينها وبين مفهوم القياس .

وفى هذا الفصل نتناول أربعة جوانب أساسية فى مفهوم القياس وكلها ترتبط بالمراحل الأولية فى تطبيق إدارة الجودة الشاملة فى قطاع الرعاية الصحية . وتتمثل هذه الجوانب الأربعة فى التالى :

١- الاستعداد لتطبيق إدارة الجودة الشاملة والنشاط الحالى لتحسين الجودة .

٢- الأطر العامة للقياس فى قضايا الرعاية الصحية الأساسية ، مثل : البيئة والعيادات الخارجية .

٣- قياس تكاليف الجودة .

٤- استخدام المعلومات البصرية والخرائط .

الاستعداد لتطبيق إدارة الجودة الشاملة والنشاط الحالى لتحسين الجودة :

إن المرحلة الأولى فى العديد من برامج إدارة الجودة الشاملة تحتاج إلى نوع من التشخيص للمناخ السائد والموقف الذى ستطبق فيه هذه البرامج . والخلفية التى سيتم عبرها إجراء المراجعة التشخيصية قد تمت الإشارة إليها بصورة موجزة فى دراسة (كوش - *Koch*) . إن السمات العامة للطرق المختلفة لتقييم المناخ التنظيمى تتمثل فيما يلى :

الاستعدادات أو المواقف العامة :

إن بعض استبانات القوائم البسيطة يمكن أن تكون مفيدة عند بدء النقاش حول مناخ التنظيم ، كما يوضح ذلك الشكل رقم (٤-١) ، ومثل هذه الاستبانات البسيطة يمكن تطويرها لأشكال أكثر تفصيلاً . ومن الاستبانات المماثلة ما استخدمته مجموعة "PA" الاستشارية فى دراستها حول مستشفى " ترافورد العام بمانشستر" الذى كان أحد المواقع الأساسية لتجارب الخدمة الصحية الوطنية " NHS" .

الشكل رقم (٤-١) : التقييم الثالث (مواقف)

رجاء توضيح رؤيتك حول كل سؤال بوضع علامة (✓) أمام المربع المناسب . ونرجو وضع علامة واحدة أمام كل سؤال .

	١ متدنٍ	٢	٣	٤	٥ عالٍ
١- ما مدى جدية الإدارة حول الجودة ؟					
٢- ما مدى جدية العاملين حول الجودة ؟					
٣- ما مدى جديتك أنت حول الجودة ؟					
٤- إلى أى مدى يتمتع الموظفون بمعنويات عالية ؟					
٥- كيف تقيم الوحدة فى مجال التطوير الإدارى / التوعية الإدارية ؟					
٦- كيف تقيم الوحدة فى مجال اتصالات الموظفين ؟					

الشكل رقم (٤-٢) سلطة ترافورد الصحية

مبادرة الجودة الشاملة - استبانة الموظفين - آذار (مارس) ١٩٩٠م

	أ	ب	ج	د	هـ	و	ز	ح	ط	ي	ك
عدد الاستجابات	١٢٤	٦٢	٣٥	٤١	٦٢	٨	٢٠	٢٨	١٥	٣١	٢٢
	صافي النسب للتصورات الموجبة أو السالبة										
١- إننى أدرك ما تحاول سلطة ترافورد الصحية أن تحققه .	٧٣	٧١	٧١	٨٥	٦٠	٨٨	٤٠	٥٥	٨٧	٧٧	٧٧
٢- إن كل العاملين فى سلطة ترافورد الصحية يشتركون فى الأهداف العامة .	٢٨-	٢٤-	٣٤-	٥٦-	١٦-	٦٣-	٢٠-	٣٤-	٤٠-	٢٣-	٤١-
٣- إن سلطة ترافورد الصحية تقدم خدمة صحية جيدة في المنطقة .	٦٦	٦٨	٧١	٥٤	٦٩	٣٨	٧٠	٥٥	٥٣	٦٨	٧٧
٤- إن سلطة ترافورد الصحية تقدم أقصى خدمة صحية متميزة فى إطار مواردها .	٣١	٤٥	٢٠	١٠	٣٩	١٣	٥٠	٣٧	٢٠	٤٥	٠
٥- إننى أحاول باستمرار أن ألبى احتياجات عملائى (داخليًا وخارجيًا) .	٩٤	٩٠	٩٧	٩٥	٩٤	٧٥	٩٠	٩٥	٩٣	٩٠	١٠٠
٦- إن إدارتى تحاول باستمرار تلبية احتياجات كل عملائها .	٩٠	٨٧	٩٧	٨٨	٩٤	١٠٠	٨٥	٨٧	٨٧	٩٠	١٠٠
٧- إن سلطة ترافورد الصحية تحاول باستمرار تلبية احتياجات كل عملائها .	٥٧	٦٠	٥٧	٧١	٥٠	٣٨	٥٠	٥٣	٥٣	٦١	٦٨
٨- إن الإدارة تشجع بصورة إيجابية الاقتراحات المتعلقة بتقديم خدمة ذات جودة حسنة .	١٦	٢٩	٢٦	٣٢	١١	١٣	١٥	١١	١٣	١٣	٤٥
٩- إن دائرة خدمتى / تخصصى لها خطة أعمال .	٢٢-	٢٦-	٦-	٣٢-	١٠-	٥٠-	١٥-	٢٩-	٤٠-	١٣-	٥
١٠- إننى أدرك / أفهم خطة أعمال خدمتى / تخصصى .	٣-	٠	١١-	٢	٥-	٢٥-	١٠-	٥-	٧-	٦-	٩
١١- إن سلطة ترافورد الصحية تعمل بنشاط لرفاهية الموظفين .	١٩-	٣١-	٠	٤٤-	١٠-	٢٥	٥	٨-	٣٣-	٤٢-	١٨-

(تابع) الشكل رقم (٤-٢) : سلطة ترافورد الصحية

مبادرة الجودة الشاملة – استبانة الموظفين – آذار (مارس) ١٩٩٠م

	أ	ب	ج	د	هـ	و	ز	ح	ط	ي	ك
عدد الاستجابات	١٢٤	٦٢	٣٥	٤١	٦٢	٨	٢٠	٣٨	١٥	٣١	٢٢
	صافى النسب للتصورات الموجبة أو السالبة										
١٢- هناك قليل من التعارض بين الإدارات .	١٩	١٥	٣٧	٢٤	٢١	١٣	٢٥	١٨	٤٠	١٩	١٤
١٣- إن رئيسى المباشر يعتبر محفزًا جيدًا .	٥٢	٥٥	٥٤	٤١	٦١	٦٣	٥٥	٥٠	٢٧	٦١	٦٤
١٤- إننى أعامل دائمًا باحترام .	٤٣	٣٩	٥١	٣٧	٤٧	٠	٧٠	٥٣	٠	٤٨	٣٦
١٥- إن سلطة ترافورد الصحية تعطينى المهارات والمعارف الملائمتين .	١٠	١١	٢٠	-٥	١٦	-١٣	-١٠	١١	-٢٧	٢٣	٩
١٦- يتم تشجيعى دائمًا لتحديد المشاكل القائمة والمحتملة .	٤٨	٤٨	٦٣	٢٤	٥٠	٧٥	٧٠	٣٤	١٣	٦٨	٤٥
١٧- تتسم الإدارة بالنزاهة .	٣٢	٣٧	٣٤	٤٤	٣٧	٣٨	٢٥	٣٩	٣٣	٢٩	٥٠
١٨- تتصف الإدارة بأنها حاسمة .	٦٢	٦٣	٦٦	٦٣	٦٠	٣٨	٥٥	٥٨	٦٧	٧١	٥٠
١٩- إننى أعرف مستويات الأداء الواجب علىَّ تحقيقها .	٦٧	٦٩	٧١	٧١	٦٥	٧٥	٥٥	٥٨	١٠٠	٦٥	٥٩
٢٠- لدىَّ مقاييس للأداء تمكننى من مراقبة أدائى .	٢٠	٢٤	٩	٤٦	٨	-١٣	٢٥	٤٢	٢٧	-١٠	٢٣
٢١- الطريقة التى نؤدى بها أعمالنا تراجع وتحسن .	٤٥	٤٨	٥٤	٥٤	٤٢	٦٣	٢٥	١١	٧٣	٧١	٦٤
٢٢- إننى دائماً أعرف ما يتوقعه عملائى منى .	٥٢	٥٦	٤٠	٤١	٦٣	٢٥	٦٥	٥٥	٤٧	٦١	٤٥
٢٣- إن الموردين يعرفون دائمًا ما أتوقعه منهم .	١٦	١٣	٢٠	٢٢	١٠	٠	٢٠	٢٩	-٧	١٩	٥

يقصد بالرموز الواردة فى الاستبانة ما يلى :

أ = الموظفون فى سلطة ترافورد الصحية ب = الموظفون فى المستشفى ج = المجتمع

د = أعضاء الهيئة الإدارية هـ = أعضاء من خارج الهيئة الإدارية و = Sth

ز = Nth ح = الإدارة ط = أعضاء الهيئة الطبية

ى = أعضاء هيئة التمريض ك = أعضاء الهيئة الطبية المساعدة

خصائص إدارة الجودة الشاملة وأهمية الوعى بها :

قبل تطبيق برنامج إدارة الجودة الشاملة ، فإن تقييم مدى توافر المعرفة والوعى بالعمليات المرتبطة بها فى الوحدة قد يكون عاملاً مساعداً فى نجاح التطبيق . إن القائمة التى يحتويها الشكل رقم (٤-٣) قد تم استخدامها فى إحدى الوحدات فى بداية البرنامج الذى تم تطبيقه بها ، وقد غطت القائمة خمس مسائل هى :

- الوعى .
- المشاركة .
- معلومات التغذية المرتدة من العميل .
- توفر المعلومات للمرضى .
- وضع أو إيجاد مقاييس للجودة .

الشكل رقم (٤-٣) : الالتزام بمراجعة إدارة الجودة الشاملة

الإدارة : ....

	خصائص إدارة الجودة الشاملة	
	الحالية	الخطط المستقبلية
١- الوعى والالتزام بضمان الجودة وإدارة الجودة الشاملة :		
أ- هل اطلع كافة موظفيك على إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة ؟		
ب- هل اتفق الموظفون من حيث المبدأ مع محتويات هذه الإستراتيجية ؟		
ج- هل يرغب الموظفون من حيث المبدأ فى تحسين الجودة ؟		
د- هل بإمكان الموظفين من حيث المبدأ تطبيق بعض تحسينات الجودة بأنفسهم ؟		
٢- مشاركة جميع الموظفين بالإدارة فى قضايا الجودة :		
أ- هل لك مناقشات منتظمة مع جميع الموظفين بخصوص قضايا الجودة أو قضايا تحسينها ؟		
ب- هل تشجع صغار الموظفين والموظفين الجدد على استحداث أفكار جديدة فيما يتعلق بتحسين الجودة ؟		
ج - هل لك مجموعات خاصة أو اجتماعات محددة لإيجاد تحسينات للجودة (على سبيل المثال "حلقة للجودة") ؟		

(تابع) الشكل رقم (٤-٣) :

٣- **الحصول على معلومات التغذية المرتدة من المرضى/الأقارب :** أ- هل تقوم بصورة منتظمة بإجراء مسوحات للوقوف على آراء المرضى (فصليًا ، سنويًا) ؟ ب- هل تراجع الشكاوى التى تصلكم (فصليًا) للاستفادة والتعلم منها ؟ ج- هل لكم أى شكل من أشكال الاجتماعات مع المستفيدين (فصليًا مثلاً) للسماح للمرضى بالتعبير عن آرائهم ؟ ٤- **إعطاء المرضى معلومات جيدة الإعداد ومتناسبة :** أ- هل تعطون المرضى معلومات مكتوبة ؟ ب- هل أنت راضٍ عن مستوى المعلومات المكتوبة ؟ ج- هل لك خطط لتطوير مسألة إعطاء المزيد من المعلومات المكتوبة ؟ ٥- **تم وضع مقاييس تتميز بما يلى :** أ- أنها مفهومة من قبل جميع الموظفين . ب- أنها تراجع بصورة منتظمة (كل ستة أشهر أو سنويًا) .		

النشاط الحالى ومبادرات الجودة :

من الأساليب الواقعية لتقييم استعداد الجهة المقدمة لخدمة الرعاية الصحية لتبنى مشروع متكامل لإدارة الجودة الشاملة هو تنفيذ برنامج لمراجعة تحسين الجودة . ويتطلب هذا استخدام استبانة مفتوحة ومنظمة ؛ وذلك لمنح مدير الجودة الفرصة لمعرفة المبادرات الحالية والنشاط القائم للجودة فى وضع يمكن من تطويرها . وهذا الأمر لا يعنى قياسًا لمستوى الجودة الحالية ، بل إنه فقط يقيس أو يراجع العمليات المتصلة بالجودة .

لقد تم اختيار عدد محدود من العوامل / المحددات التى تم توزيعها لرؤساء وحدات التشغيل (المديرين السريريين ، ورؤساء الأقسام ، ورئيسات عنابر التمريض) لإكمالها

وإرجاعها فى مدة تترجح بين (٤ ، ٨) أسابيع . ويعطى الشكل رقم (٤-٤) مثالاً على الإطار الذى تم توزيعه .

الشكل رقم (٤-٤) : نموذج مراجعة تحسين الجودة

مبادرات تحسين الجودة	
	النشاط
الممارسة السريرية	
وضع المقاييس ومراقبة مدى امتثال إدارات وأقسام الوحدة بها	
المعلومات للمريض	
المراجعة السريرية والإدارية	
البيئة الطبيعية	
مدى التقدير لقيمة خدمات الموظفين	
معلومات التغذية المرتدة من المرضى	
الاتصالات	
التدريب	

إن الاستبانة الموضحة آنفًا تغطى مراجعة الجوانب التالية :

- الممارسة السريرية .
- وضع المقاييس ومراقبتها .
- معلومات المرضى .
- المراجعة السريرية والإدارية .
- البيئة الطبيعية .
- مدى التقدير لقيمة خدمات الموظفين .

إن هذا الأسلوب يؤكد على فكرة أن إدارة الجودة الشاملة ليست جديدة ، وأن نشاط تحسين الجودة هو واقع حى معاش فى كل الإدارات بدرجة أو بأخرى . إن تجميع وتبويب مثل هذه المعلومات يعضد شعور الموظفين بأن نشاط تحسين الجودة الحالى ، رغم أنهم قد لا يسمونه كذلك ، هو أمر قيم وجدير بالتقدير والاعتراف . وبمجرد تجميعها وتبويبها فإن توصيل هذه المعلومات للموظفين مرة أخرى يعتبر أمرًا هامًا وأساسيًا .

١- **رسالة مؤيدة من قبل المدير العام (أو المدير التنفيذى) للوحدة الصحية** ، مقدمة من مدير عام الوحدة وهى تعبر عن نفسها :

" ١٧ من شباط (فبراير) ١٩٩٢م

الزميل العزيز :

فى أيار (مايو) من العام السابق قمت بالاتصال بجميع المديرين والموظفين السريريين فى الوحدة طالبًا معلومات بشأن مبادرات تحسين الجودة تحت التنفيذ فى العنابر والإدارات . وقد قمت بطلب هذه المعلومات للتمكن من وضع صورة حول

المبادرات المتعددة والمتباينة التى تم تطويرها من قبل الأجنحة والإدارات منفردة . وهذه المعلومات يمكن استخدامها كخط قاعدى للاستفادة منها فى تطبيق إستراتيجية " نحو جودة شاملة " . إننى ، وزملائى نعتقد أنه من الأهمية بمكان أن نسعى لفهم وتقدير المجهود الكبير الذى تم بذله لتحسين الجودة ، وذلك قبل الشروع فى إطلاق مبادرة " نحو جودة شاملة " ؛ لذلك كان مسعانا للاستفادة مما تم عمله من قبل على هذا الصعيد .

فيما يلى ملخصًا لما وردنا من ردود واستجابات . إن القائمة مشرّفة وتوضح الحماس الفائق والتزام الموظفين فى الوحدة وسعيهم الدائم لتقديم خدمة تتسم بالجودة العالية . ولنا أن نكون فخورين بهذا .

إن إستراتيجيتنا " نحو الجودة الشاملة " قد تم إطلاقها فى نهاية تموز (يوليو) من العام المنصرم . وإنها سوف تساعد فى تعضيد ومؤازرة وتأكيد الالتزام القائم حاليًا . إن قدرًا كبيرًا من العمل قد سبق بذله وتطويره وهناك أعمال أخرى يتم تدارسها من قبل فريق تحسين الجودة .

إنى متأكد أن هذا الموجز يعطينا كلنا رسالة واحدة - وهى أن استراتيجيتنا نحو الجودة الشاملة راسخة وعلى أساس متين يمهد للبناء عليه .

المدير العام للوحدة

"وحدة أولويات خدمات الرعاية"

٢- من المهم عرض المعلومات بصورة تسهل قراءتها واستيعابها . عندما ترد المعلومات للمرة الأولى فإن عملية تبويبها تكون شاقة . ولكن حتى تكون المعلومات معروضة للتقييم من قبل الموظفين ، أو لإتاحة الفرصة لهم للاستفادة والتعلم منها ؛ فلا بد من وضعها فى صورة جاذبة . ويوضح الشكل (٤-٥) طريقة لإعداد وتبويب المعلومات .

الشكل رقم (٤ – ٥) تبويب الأنشطة المتصلة بتحسين الجودة

أولوية خدمات الرعاية فى فال أيلسبرى

البيئة الطبيعية :

إن زوار وحداتنا المتعددة يكونون انطباعًا سريعًا ومباشرًا من شكل التسهيلات المتاحة بها . إن شكل ومحتوى المبانى التى تقدم فيها خدمات الرعاية هام جدًا للحصول على رضاء المرضى والعملاء وذويهم . إن المبادرات القائمة حالياً بشأن البيئة الطبيعية تشمل ما يلى :

- الرقابة على المواد الخطرة .
- أنظمة الأمن والأمان (الصحة والسلامة) .
- التقرير وثيق الصلة مهما كان صغيراً بشأن المسائل المتعلقة بالصحة والسلامة وتقديم التدريب المناسب .
- تقييم معدلات الحوادث .
- صيانة ترميم المقار السكنية : إزالة المخاطر بما فيها تلك المتعلقة بالعملاء .
- تغيير / صيانة العدد والأدوات والآلات والأثاث .
- توافر موارد للإدارة للصرف على تحسينات البيئة ذات التكاليف المنخفضة .
- مشاركة العاملين فى تحديد متطلبات العدد والأدوات .
- جدولة تحسينات الديكور .
- أوقات الانتظار : نظام المواعيد الفردى – مراجعة أوقات الانتظار .
- مراجعة الإمدادات الخاصة بنماذج الاختبارات النفسية / ومواد الطلبيات .
- مشروع تعليم ذوى عاهات الحواس المتعددة .
- مراعاة الخصوصية فى السكن وجعله مقارباً لسكن المريض ما أمكن .
- تحديث برامج الصيانة المخطط لها .
- كيفية الوصول الجغرافى للعيادات .

(تابع) الشكل رقم (٤ – ٥) :

الاتصالات مع الموظفين :

إن الاتصال الفعال وتبادل المعلومات والتفاهم بين الأقسام والمستشفيات ومواقع تقديم الخدمات قد أضحت ، وبتزايد مطرد ، من المسائل المهمة للتأكد من أن الخدمات تقدم وتستقبل بصورة معقولة . إن المحاولات الرامية للتخلص من مقولة " إنهم لا يخطروننا بأى شىء " تركز على التالى :

- المجلة الشهرية لإدارة السلامة (الصحة والسلامة) .
- النشرة الإخبارية الداخلية للوحدة .
- إستراتيجية الإدارة للاتصالات .
- تلخيص الوضع للفريق .
- مجموعات الموظفين غير الرسمية .
- اجتماعات التوعية بالجودة حسب خطة الوحدة .
- التوزيع الشهرى لمؤشرات وأرقام الأداء (الصحة والسلامة) .
- دليل العاملين للعناية بالقدم ومعالجتها .
- سياسة " الباب المفتوح " للعناية بالقدم ومعالجتها .
- معلومات التغذية المرتدة من الموظفين ذات الصلة بالخدمات .
- اعتماد (علاج التأهيل المهنى) .
- مراجعة النظراء لتحسين الجودة .
- مجموعات دعم الموظفين .
- معاونة التوقف عن التدخين .
- خدمة تكوين أو بناء فرق العمل .

(تابع) الشكل رقم (٤ – ٥) :

- مشاركة الموظفين فى التخطيط للخدمات (خاصة للجوانب التخصصية) .
- مجموعة عمل الجودة (جناح كروم ول) .
- النقطة الواحدة لاتصالات الصيانة .
- الممتلكات / العقارات التى يتطلبها تقديم خدمات جديدة .
- انسياب ردود خدمات المحاسبة الإدارية .
- اجتماعات الموظفين حول معلومات التغذية المرتدة (المتعلقة بالأمور المالية) .
- تطوير فريق *M/D* :
- قضايا الجودة فى التوصيف الوظيفى .
- نظام فريق العناية بالقدم ومعالجتها .
- "سياسة الباب المفتوح" من قبل مدير المستشفى للتشغيل .

تدريب الموظفين :

هناك العديد من العناصر الهامة المؤثرة فى تحسين الجودة . ومنها التعليم المستمر ، ورفع درجة الوعى ، وأساليب تدريب جميع الموظفين على أحدث وسائل تقديم الخدمة وتنظيم العمل . كما أن هناك العديد من الطرق لتدريب الموظفين على سبل التعرف على الاحتياجات التدريبية وتحديد أنواع التدريب المناسبة ، وكذلك سبل تقييم التدريب المقدم . ونعرض فيما يلى بعض أبرز هذه الأساليب :

سبل / مصادر تحديد الاحتياجات التدريبية :

- لجنة الصحة والسلامة .
- اجتماعات الإدارة (القسم) .
- ممثلو صحة وسلامة الموظفين .
- مناقشات منتدى (نادى) المجلة .
- مراجعة سجلات الحوادث / الأحداث الحرجة .
- مسـوحات العاملين .
- مراجعة تقويم أداء الموظفين .

(تابع) الشكل رقم (٤ – ٥) :

أنواع التدريب :

- الاستقراء .
- تدريب المحرومين من التدريب .
- التدريب على رأس العمل (الخدمة) .
- التدريب الاستشارى .
- *(COSSH)* .
- تدريب لجنة مراجعة النظراء لتحسين الجودة فى مجال الرعاية المستمرة .
- التعامل مع الأعباء فى العمل .
- التأهيل الإدراكى .
- مبادئ الصحة والسلامة .
- تسهيل / تأهيل الموظفين العاملين فى مجال الخدمات المساندة .
- التدريب فى مجال سلامة الأطعمة .
- التدريب على التحميل والرفع والنقل .
- التدريب فى مجال طهى الأطعمة وتبريدها .
- التدريب فى مجال الإدارة المالية .
- ملاحظات ومتابعة عيادة الأطفال (علاج النطق) .
- تدريب CPR الأساسى (الأسنان) .
- التدريب على استخدام كاميرا الفيديو (علاج النطق) .
- التدريب فى مجال النقاهة (الأسنان) .
- التدريب فى مجال C. M.H.T. .
- الوقاية من الإشعاع .
- التدريب الإدارى لموظفى الاستقبال .
- التدريب فى مجال إطفاء الحريق والتعامل معه فى حال حدوثه .

(تابع) الشكل رقم (٤ – ٥) :

تقييم التدريب :

- استبانة تقييم الصحة والسلامة .
- إستراتيجية تدريب الجوانب الواضحة فى مجال الصحة والسلامة .
- المراجعة غير الرسمية مع الموظفين .
- معلومات التغذية المرتدة عن الدورات التى تم حضورها .

الحصول على النتائج المرجوة بشكلها الصحيح من أول محاولة

- وضع المقاييس ومتابعتها .
- المراجعة السريرية والإدارية .

من العناصر الرئيسية لنجاح برنامج إدارة الجودة التأكد من أن كافة العاملين لهم مستويات معيارية تتسم بالوضوح ويمكن قياسها . ومن المهم كذلك أن تكون هذه المستويات مكتوبة وموثقة ويتم استخدامها بطريقة تمكن من مراقبتها بانتظام . وهذا الأسلوب يتيح للعاملين إمكان تقييم مستوياتهم المهارية العالية وتقدير عملهم والإشادة به ، كما يُمكّن من مراقبة مستويات الأداء المتدنية وتحديدها بغرض تحسينها .

القضايا التى يتم تناولها عند وضع مقاييس الجودة :

- سجلات التدريب .
- الاستقطاب والاحتفاظ بالعاملين .
- تقييم التدريب .
- تعديل الميزانية .
- وعى الموظفين .
- مقاييس الجودة الاحترافية .
- معدلات الحوادث والأحداث الحرجة .

(تابع) الشكل رقم (٤ – ٥) :

- طلبات / شراء الطعام .
- التشريعات والقوانين المعمول بها .
- مراجعة إجراءات النظافة الصحية .
- استخدام خدمات المعلومات .
- مراقبة أوقات الانتظار (علاج النطق) .
- معدلات المرض .
- الكشف الطبى العام – (قبل التعيين) (علاج النطق) .
- الحصول على الجوائز والاستحقاقات الخارجية .
- تقرير مفتشية الخدمة الصحية الخارجية .
- المقاييس الخاصة بالعملاء (علاج النطق) .
- الأمراض المهنية / معدلات الحساسية .
- المقاييس العامة لضمان الجودة .
- الاختبارات الصحية (التشخيص المبكر) : قبل التعيين / خلال العمل .
- OT / علم النفس السريرى .
- التطعيم الدورى .
- مقاييس التمريض .
- معالجة الموظفين حسب أولوية الحالات .
- مقاييس المحاسبة الإدارية .
- استخدام الصحة المهنية .
- أدلة الأنظمة : (الإدارية / الصحة العقلية) .
- مقاييس العلاج الطبيعى .

(تابع) الشكل رقم (٤ – ٥) :

مجموعة / لجنة مراقبة المقاييس :

– لجان مراقبة الصحة والسلامة : الحريق ، مراجعة السياسات ، العنف ، COSSH ، التعامل مع الأعباء أثناء العمل ، متطلبات عام ١٩٩٢م

– لجنة /مجموعة مراقبة الأغذية ، وفرق المراقبة ذات التخصصات المتعددة .

– مجموعة ضمان جودة العلاج المهنى .

– التمريض (*LD*) .

طرق المراقبة الأخرى :

– نماذج تقويم أداء الموظفين . دليل أنظمة (الإدارة / الصحة العقلية ، أى التوثيق الرئيسى لجميع الأماكن) .

التعديل الظاهر لعدم الالتزام بالمقاييس الموضوعة :

– مبادئ التغذية الصحية .

المعلومات التى تمت الاستفادة منها فى إعداد نسخة هذا العمل وردت من الجهات التالية :

– الإعاشة (التموين الغذائى) .

– خدمات التعاقد والتخطيط .

– التغذية العلاجية .

– خدمات علاج النطق واللغة .

– الصحة والسلامة .

– خدمات العناية بالقدم ومعالجتها .

– الخدمات المساندة .

– علم النفس السريرى .

– الخدمات المالية والمعلوماتية (الإعلامية) .

– العلاج المهنى .

– طب أسنان المجتمع .

– التمريض (وحدات تمريض الصحة العقلية للحالات الحادة ، تمريض المجتمع ، تعليم المعوقين ، تمريض حالات التأهيل الطبيعى) .

القياس العام للجودة :

فى محاولتهم لتنظيم أسلوب كلى لتقديم رعاية وخدمة تتسم بالجودة ، يراوح الممارسين من ذوى الخبرة ، سواء أكانوا من السريريين أم غير السريريين ، بين أبعاد نموذج (أسلوب) يقوم على أساسين هما : الاحتراف والعين الخبيرة ، وفى هذه العملية تتم الاستفادة من مزايا مثل : النضج ، والخبرة ، والتدريب السابق للحصول على انطباع بشأن ارتفاع أو تدنى مستوى الجودة . إلى جانب ذلك ، فإن أسلوب قائمة التحقق المنتظمة للجودة (Systematic Checklist Approach) يؤدى إلى البحث عن قوائم محددة للجودة فى بعض الجوانب . كما أن الخبرة فى التعامل مع هذين الأسلوبين (أى أسلوب الاحتراف والعين الخبيرة ، وأسلوب القائمة المنتظمة) تعلّم الفرد أنهما يكملان بعضهما بعضًا ، ويتسمان بالقصور إذا تم التعامل مع أحدهما بمعزل عن الآخر . إن القوائم لا نهاية لها فى أى منظمة ، ولكنا نذكر أدناه بعض الأمثلة على القوائم المختلفة المعمول بها فى نظام الخدمة الصحية الوطنية . ونشير إلى أن هذه القوائم ليست حصرية ، كما أن النماذج المختلفة يمكن أن تساعد فى توعية مديرى الجودة فى كيفية التعامل مع مهامهم المتصلة بقياس مستويات الجودة .

القبول الاجتماعى للرعاية :

كجزء من سعى السلطة الصحية فى منطقة الجنوب الغربى الإقليمية لتحديد العوامل المتصلة بالقبول الاجتماعى لتقديم خدمة الرعاية الصحية ؛ قامت الجهات المختصة فى هذه السلطة بتحديد قائمة تحتوى على (٢٧) بندًا باعتبارها مناسبة للهدف من الاستقصاء :

السلطة الصحية فى منطقة الجنوب الغربى الإقليمية
القبول الاجتماعى للرعاية

قائمة التحقق من الجودة

تتضمن قائمة التحقق من الجودة عناصر تتصل بكل من : البيئة ، والخدمة الشخصية ، ورعاية الموظفين العاملين ومساندتهم ، وذلك على النحو التالى :

١- البيئة :

أ- الانطباع الأول الخارجى / وضع اللافتات والإشارات الدالة على الخدمة الصحية .

ب- مواقف السيارات .

جـ- المداخل التى يمكن استخدامها .

د- الانطباع الأول الداخلى / وضع اللافتات والإشارات الدالة على مواقع مختلف الخدمات داخل الوحدة الصحية .

هـ- أمكنة الاستقبال (مواقع استعلامات المرضى) .

و- أماكن الانتظار .

ز- اللوحات الفنية واللمسات الجمالية فى الأماكن العامة / وأماكن المرضى .

حـ- الممرات .

ط- البيئة المحلية (الأجنحة ، العيادات ، ... إلخ) .

٢- الخدمة الشخصية :

أ- رسالة المنظمة / القيم التنظيمية للعملاء .

ب- تقديم المعلومات للمرضى وأقاربهم .

جـ- منح / إعطاء صلاحيات للعاملين / السعى نحو إيجاد خدمة شخصية .

د- مساندة الإدارة من خلال توفير التسهيلات اللازمة .

هـ- مواقف العاملين والقضايا السلوكية .

و- مقاييس الخدمة الشخصية وخدمات الرعاية غير السريرية .

ز- مشاركة العميل .

حـ- مظهر العاملين (الزى ، ... إلخ) .

٣- رعاية ومساندة العاملين :

أ- رسالة المنظمة / القيم التنظيمية - للعاملين .

ب- عمليات الاستقطاب والاختيار .

جـ - الاستقراء وتتبع الجزئيات للوصول إلى حكم نهائى .

د - التعليم والتدريب .

هـ - عمليات المراقبة والتقييم .

و- تسهيلات العاملين .

ز- خدمات العاملين .

حـ - الاستشارات الإدارية / إدارة الأزمات وإدارة التغيير .

ط - التحضير للتغيرات الديموغرافية (السكانية) .

ى - إعلام العاملين .

هذا ، ولقد تم تطوير الشكل رقم (٤-٦) لعمل قائمة تحقق مفيدة تسمح بإيجاد بيئة لأعمال الجودة بحيث تركز على جانب واحد من جوانب الجودة المتعددة هو : البيئة الطبيعية كما يراها المريض أو الزائر للمستشفى . والهدف من هذه القائمة هو تحديد المشكلات التى يجب مجابهتها .

الشكل رقم (٤– ٦) : إيجاد بيئة للجودة

الجودة مهمة كل فرد

إيجاد بيئة للجودة

قائمة بقضايا الجودة والبيئة الطبيعية



سلطة الجنوب الغربى الإقليمية للصحة
تشرين الأول (أكتوبر) ١٩٩٠م

مقدمة :

نعيد نص ما تم التركيز عليه فى المادة رقم (E 90 - MB 17) من الكتاب الأبيض : إن الأهمية الكبيرة التى يوليها الوزراء هى للجوانب المتعلقة بمستوى جودة الرعاية ، وتقديم الخدمات ذات الحساسية لاحتياجات العملاء فى كافة نطاق الخدمة الصحية الوطنية ، والتى تتطلب من السلطات الصحية الحث على إيجاد وسائل وإجراءات لتقويم وتطوير جودة الخدمات وعلاقات العملاء .

لقد تم تخصيص الموارد المالية للسلطات الإقليمية الصحية من قبل وزارة الصحة لتطوير مثل هذه المبادرات ، ويمكن الاستفادة من جزء من هذه الموارد لتحسين البيئة الطبيعية .

إن سلطة الجنوب الغربى الصحية قد قامت فعلاً باتخاذ خطوات إيجابية فى هذا الاتجاه عن طريق ابتداع إطار يتضمن موضوعات الجودة ويؤكد هذا الإطار على "... أن شعارات الجودة قد تمت ترجمتها إلى فوائد محسوسة على أرض الواقع" .

إن قائمة التحقق التالية قد نُظِّمت (رتبت) على شكل استبانة . وتركز على جانب واحد من جوانب الجودة وهو ما يتصل بالبيئة الطبيعية كما يراها المريض أو الزائر للمستشفى . والهدف من القائمة هو تحديد المشكلات التى تستلزم إلى مواجهتها . وهذه القائمة ليست شاملة ، كما أنها لا تسعى إلى إيجاد حلول .

تابع الشكل رقم (٤-٦)

معلومات المريض - قائمة بقضايا الجودة والبيئة الطبيعية	
١- المعلومات حول المواعيد :	
أ- هل الإرشادات والمعلومات الخاصة بحضور المواعيد محددة بشكل واضح ؟	
ب- هل المعلومات الخاصة بمواقع مواقف السيارات ومحطات الحافلات واضحة ؟	
جـ- هل تحتوى المعلومات المتعلقة بمواقف السيارات شيئاً عن رسوم المواقف وإرشادات للمريض/الزائر حول ماذا ينبغى أن يفعل فى حالة امتلاء موقف السيارات ؟	
د- هل تحتوى المعلومات على مخطط أو منظور تصويرى للمستشفى ؟	
هـ- هل تغطى المعلومات أى تفاصيل بشأن خدمات المقاصف ؟	
٢- التخطيط للزيارة :	
٢/١ المشاة :	
أ- هل تتوافر حافلات / قطارات كافية لنقلك للمستشفى ؟	
ب- هل تدخل الحافلة إلى موقع المستشفى أم أن المريض يترجل من موقع وقوفه ؟ (فإذا كان يترجل منه - أى من خارج المستشفى - فما هى الأسباب التى تحول دون تمديد خدمات الحافلات إلى قرب المدخل الرئيسى للمستشفى؟) .	
جـ- فى حالة دخول الحافلات للموقع ، هل تم توفير مظلات فى محطات انتظار الركاب ؟	
٢/٢ السيارات :	
أ- هل تعدّ اللوحات الإرشادية الدالة للمستشفى والموضوعة من قبل السلطات المحلية مرضية ؟	
ب- هل يستطيع أغلب المواطنين (السكان المحليين/الغرباء) تمييز اسم المستشفى بوضوح كما هو مبين فى اللوحات الإرشادية ؟	

تابع الشكل رقم (٤-٦)

٣- الوصول للمستشفى :

١/٣ من قبل المشاة :

أ- إلى أى مدى من المستشفى توصلك الحافلة / القطار ؟

ب- هل اللوحات الإرشادية إلى المستشفى واضحة بشكل مرضٍ من المكان الذى أوصلتك إليه الحافلة / القطار ؟

جـ- هل ترى أن ممرات المشاة :

- فى حالة جيدة ؟
- محددة الخطوط وواضحة ؟
- مضاءة بصورة كافية ؟
- تمثل الطريق العملى الأقصر للمستشفى ؟ (إذا لم يكن كذلك ، هل يمكن أن تكون أقصر ؟ أو هل هناك سبب يمنعها أن تكون كذلك ؟) .

د- هل هناك أى معوقات فى الطريق الموصل للمستشفى ؟ (على سبيل المثال ، عقود إنشاءات مبانٍ رئيسية) . وإذا كان الأمر كذلك ، هل هذه العوائق وممراتها البديلة موضحة من خلال اللوحات الإرشادية ؟

هـ- هل الحواجز الحجرية متوفرة عند حافة وتقاطع الطرقات بما يسمح بمرور عربات الأطفال وكراسى العجلات ؟

و- هل توجد حواجز حجرية فى مواقع آمنة ؟

ز- هل أخذ تخطيط ممرات المشاة فى الاعتبار سلامة المستخدمين ؟ إن الامتدادات غير المضاءة التى لا توجد عليها مراقبة تعتبر أماكن محتملة للاعتداءات الشخصية .

تابع الشكل رقم (٤-٦)

٢/٣ بواسطة السيارة :

أ. هل هناك احتياطات قد اتخذت لتحديد سرعة السيارات داخل الموقع ؟ وهل هذه الاحتياطات موجودة على لوحات ؟ وهل هذه اللوحات مضاءة ؟

ب. هل موقف السيارات الرئيسى موضح عن طريق لوحة إرشادية ؟ إذا كان محدداً ، ما هو الحرف أو الرقم الذى توضحه الورقة الإشادية "١" أعلاه ؟

موقف السيارات :

أ- إلى أى مدى يكون سهلاً إيجاد موقف للسيارة ؟

ب- هل مسطح موقف السيارات مرضٍ . بمعنى أنه خالٍ من الحفر ، وقوى ، ويعطى إحساساً بالأمان ؟

جـ- هل موقع الموقف قريب من المكان الذى تقصده ؟

د- هل مخطط (تخطيط) الموقف سليم ؟

هـ- هل مواقف السيارات واسعة بالقدر الذى يسمح بفتح باب السيارة كله ، وبما يمكن معه التنقل دون عوائق إلى الكرسى المتحرك بمساعدة أو بدون مساعدة ؟

و- هل هناك مواقف سيارات بالقرب من المبنى (المبانى) للمعوقين ، بما يمكّن من تقليل المسافة الواجب السير فيها ؟

ز- هل المواقف المحددة للمعوقين فى مواقع تسمح بالوصول إلى مبنى الخدمة دون أن تكون هناك عوائق مثل عربات متوقفة ؟ وهل هى بعيدة عن حركة السير والمرور ؟

حـ- هل هناك مساحات مسقفة للدراجات النارية والهوائية ؟

ط- هل الأماكن التى لا يسمح فيها بالوقوف محددة بصورة واضحة ؟

ى- هل هناك علامات (لوحات) كافية تحدد المواقف المحجوزة والطرق المثلى داخل المبانى ؟

ك- إذا كانت طريقة الوقوف بالمواقف " ادفع وخذ تذكرتك وابحث عن موقف " ، فهل هناك آلات لتبديل النقود موجودة فى أماكن مناسبة بالقرب من آلات تذاكر المواقف ؟

ل- هل حقيقة أن المواقف "التى تتبع طريقة "ادفع وخذ تذكرتك وابحث عن موقف" موضحة فى ورقة المعلومات" ١ " أعلاه ؟ .

م- هل هناك سلة مهملات قريبة من آلة تذاكر المواقف والأماكن الأخرى فى الموقع ؟

تابع الشكل رقم (٤-٦)

إن الانطباع الأول عن المستشفى ينبع من موقف السيارات

ن- هل يعطي موقف السيارات إحساساً بالسلامة للأشخاص والمركبات ؟

س- هل تم تصميم وصيانة المخطط والإضاءة للتقليل من مخاطر السرقة ، والتخريب ، والاعتداءات الشخصية ؟

ع- هل المخطط يعوق المنظر الواضح للعربات / واللوحات الإرشادية ؟

ف- هل خطوط الرؤية حسنة عند الخروج ؟

ص- هل هناك حوائط قصيرة ، ولوحات حديدية ، أو لوحات إرشادية يمكن أن تخرب المركبات بسبب عدم الرؤية خلال الرجوع إلى الوراء أو عند توقيف المركبة ؟

ق- هل المساحة كافية لإيقاف السيارة ؟

ر- إذا كان الموقف ممتلئًا ، هل هناك لوحات تشير إلى أن " الموقف مشغول بالكامل " ؟ (انظر أيضاً فقرة ج المذكورة آنفاً) .

ش- هل تعد اللوحات الإرشادية للاتجاهات من المواقف إلى المستشفى كافية ؟

٣/٣ الوصول للمستشفى عن طريق الإسعاف وسيارات الأجرة :

أ- هل يمكن لسيارات الإسعاف إنزال المرضى تحت مكان مسقوف بالقرب من المدخل ؟

ب- هل مسطح وقوف سيارة الإسعاف كافٍ ؟

جـ- هل المنطقة المسقوفة لا تسمح بتسرب الماء أو الهواء والأتربة ؟

د- هل موقف سيارة الإسعاف قريب من المدخل المطلوب ؟

هـ- هل هناك إمكانية لانتظار سيارة الأجرة بالقرب من المدخل ؟

تابع الشكل رقم (٤-٦)

٤- اللوحات الإرشادية :

إن اللوحات الإرشادية غالبًا ما تكون مصدرًا للإرباك (التشويش) فى مواقع المستشفى . وقد يكون من المناسب تعيين منسق للوحات الإرشادية للتقليل من هذا الإرباك .

أ- هل المعلومات المبينة فى اللوحات واضحة ؟

ب- هل موقع اللوحات مناسب ؟

جـ- هل اللوحات تؤدى إلى الإرباك والتشويش أم أنها زائدة عن الحد ؟ (اللوحات الرئيسية المقصود بها هنا هى : لوحة المدخل الرئيسى ، ولوحة قسم الطوارئ ، ولوحة قسم الأمومة والولادة . أما اللوحات الأخرى ، فإنها تكون مطلوبة فقط عند وصول المريض/الزائر إلى مبنى المستشفى) .

د- هل اللوحات مضاءة بصورة كافية ؟

هـ- هل تتبع اللوحات طريقة (HTM 65) ؟

و- هل يتم استخدام الرموز وخطوط التوجيه ؟ وإذا كان يتم استخدامهما ، فهل يؤديان الغرض ؟

٥- الطريق إلى المبنى :

أ- هل الطريق إلى المبنى ممهد ، ومقاوم للانزلاق (سواء أكان مبتلاً أم جافًا) ، وخالٍ من العوائق والمخاطر ؟

ب- هل كل الطرق العامة عرضها (١٢٠٠) على الأقل ؟ (أى أنها موافق عليها فى ضوء الشروط الواردة فى الوثيقة M - مثلاً اثنان من الكراسى المتحركة لن يستطيعا المرور من هذا العرض) .

جـ - هل مستويات الطرق ومنزلقات الطرق الجانبية تتسق عند التقاطعات ؟ وإذا كانت بعض أجزاء الطرق مرتفعة قليلاً بشكل لا يمكن تفادى حدوثه ؛ فيجب أن تحدد هذه الأجزاء بألوان مضاءة ، وبإضاءة جيدة ، وأن تكون مكسوة بالتفصيل ، وألا يزيد ارتفاعها على (٢٥) ملليمترًا .

تابع الشكل رقم (٤-٦)

د- هل ممرات المشاة ، وسلالم الصعود والهبوط ، والتقاطعات مضاءة ، بما يضمن سلامة المشاة ؟

هـ- هل أرضية الأرصفة فى مواقع تقاطعات الطرق مبنية بشكل يساعد المكفوفين وذوى قصور البصر الحاد على عبور هذه التقاطعات ؟

و- هل الدرابزينات (المتكآت) متوافرة فى المنحدرات وأماكن الراحة (على الدرج) على مسافات متقاربة إذا كان الممر أو الطريق طويلاً ؟

ز- هل المنزلقات مصممة بحيث إن الانحدار يكون (١: ١٠) كحد أقصى ؟

ح- هل المنحنيات لها منزلق طوله (١٠٠) ملليمتر على الأقل على أى جانب مفتوح ؟

٦- الوصول إلى البوابة الرئيسية :

أ- كم كان الوقت الذى استغرقته مشياً من موقف السيارة / أو موقف الحافلة إلى بوابة المستشفى الرئيسية ؟

ب- هل كل المداخل العامة للمبنى/الخدمة مفتوحة (أو يمكن الدخول منها) ؟ (سلم الصعود ١ × ١٢ والأفضل ١ × ٢٠) .

جـ- هل بوابات الدخول واسعة بدرجة تسمح بدخول الكرسى المتحرك ؟

د- ألا توجد عتبات بأسفل الأبواب ، أم أنها فى حدها الأدنى ؟

هـ- هل هناك درابزين (أو متكآت) للسلالم أو الأدراج ؟ إذا كان الأمر كذلك ، هل يمنع تصميم المتكآت تحريك الكرسى المتحرك ؟ وهل هى عالية بالدرجة التى تسمح بحرية حركة الأذرع بأمان ؟

و- هل مواصفات ومقاييس مساحات الأبواب المرتبطة بها تسمح بفتحها وإغلاقها بسهولة ، وبخاصة لمن يستخدمون الكرسى المتحرك بأنفسهم سواء فى دخولهم أو خروجهم منها ؟

ز- ما هى الأبواب التى يمكن الاستغناء عنها ؟

ح- هل البوابة أو المدخل فى المكان الصحيح ؟

ط- هل يؤدى تعديل موقع البوابة أو إيجاد بوابة أخرى إلى تحسين الأداء الكلى للإدارة ؟

ى- هل تصميم بوابة المدخل الرئيسى مطابق للمواصفة القياسية (HBN 51) ؟

تابع الشكل رقم (٤-٦)

٧- الانطباعات الأولية عند الدخول :

أ- هل يمكن ملاقاة أو إيجاد مكتب استقبال المرضى بسهولة ؟

ب- هل شارة أو لوحة مسمى المكتب واضحة وظاهرة ؟

جـ- هل تصميم مكتب الاستقبال وألوانه مرضية ؟

د- هل أنت مدرك لأى نواقص فى الديكور أو فى الإضاءة أو فى درجة الحرارة أو فى الجو العام ؟

هـ- ما هى كمية المعلومات المرئية فى شكل : العلامات ، ولوحات الإعلان ، والكتيبات والأوراق الإرشادية ؟ هل هى كثيرة جداً أو أنها باعثة على التشويش أو الإرباك ؟ (إن منسق اللوحات الإرشادية المشار إليه آنفاً يمكنه أيضاً مراقبة وإصلاح لوحات الإعلانات) .

و- هل تم تأمين الموظفين اللازمين فى منطقة الاستقبال ؟

ز- إذا لم يكن الأمر كذلك ، هل يمكن تأمين العدد اللازم لهذه المنطقة بسهولة ؟

ح- هل تم استخدام " شعار الهيئة " فى الزى والتصميم المستخدم ؟

٨- الاستقبال :

أ- هل موقع مكتب الاستقبال فى المكان المناسب ؟

ب- هل طاولة المكتب محصورة بحيث يكون المريض أو المراجع دائماً فى مواجهة الموظف ؟

جـ- كيف ؟ هل عن طريق الزجاج المرئى / الزجاج الحاجب / أم الفتحة أو الكوة ؟

د- هل هناك شىء من الخصوصية للمراجع عند مراجعته لمكتب الاستقبال ؟

هـ- هل سلوكيات وشخصيات العاملين بالاستقبال مرضية ؟

و- إذا كان لا بد من " الصف أو الطابور لانتظار المرضى والمراجعين " للخدمة ، هل يتم ذلك حسب الدور ؟

ز- ما هو النظام المعمول به لمراقبة مواعيد المرضى ؟ هل هو مرضٍ ؟

ح- هل يمكن رؤية مكان الانتظار من الاستقبال ؟

ط- هل يمكن للمرضى المتحركين بواسطة الكراسى النقالة استخدام مكتب الاستقبال بصورة مريحة وبقدر من الخصوصية ؟

تابع الشكل رقم (٤-٦)

ينبغى أن يكون لمنطقة الاستقبال إحساس بالانفتاح مع الحرص على الناحية الأمنية .

(فى بعض الأحيان يمكن الوصول إلى نفس هذه النتيجة عن طريق تخصيص منطقة استقبال أخرى تختص بأغراض الأمن وذلك فى قسم الإسعاف والحوادث) ؟

٩- منطقة الانتظار :

أ- هل مناطق الانتظار محمية من تيارات الهواء عندما يتحرك المرضى والمراجعون عند دخولهم أو خروجهم من بوابات الدخول ؟

ب- هل الجو فى هذه الممرات مرضيًا ؟ (كما فى ٦ د المذكورة آنفًا) .

جـ- هل هناك تسهيلات كافية : آلة مشروبات ، صحف ومجلات ، سلال مهملات ، هواتف ، هواتف مجانية لسيارات الأجرة ، دورات مياه ؟ وهل هناك علامات واضحة لها ؟

د- هل هناك دورات مياه للأشخاص المعوقين ؟

هـ- هل المجلات المتوفرة حديثة ؟

و- هل منطقة الانتظار مريحة ؟

ز- هل توجد معطرات ؟

ح- هل هناك نباتات زينة حول منطقة الانتظار ؟

ط- هل تتنوع كراسى الجلوس من حيث الحجم والتصميم ومواد التصنيع ومدى الراحة ؟

ى- هل يتم تنظيم الجلوس بحيث يوفر للمريض الراحة البصرية ؟

ك- هل يمكن للمرضى الذين يستخدمون الكراسى المتحركة (سواء كانت لهم أو للمستشفى) انتظاراً للعلاج ، الجلوس مع المرضى الآخرين دون إعاقة الممرات أو مناطق أو محطات التمريض ؟

ل- هل الأرضيات مفروشة بالسجاد (الموكيت) ؟

م- هل هناك "مناظر" يمكن الإطلال عليها من منطقة الانتظار ؟ ولو كان الأمر كذلك ، هل تم التفكير فى توفير صور أو نباتات لجذب الطيور أو الفراشات ؟

ن- هل يمكن استعمال الهواتف والآليات العامة الأخرى من قبل المرضى الذين يستخدمون الكراسى المتحركة ؟ وهل مقابض الأبواب ، وأداة الاتصال بالهاتف ، وتحويل المكالمات ، ومقبض الهاتف وبقية وسائل التحكم الأخرى يمكن استخدامها بسهولة من قبلهم ؟

تابع الشكل رقم (٤-٦)

س- هل هناك أعمال فنية على الجدران ؟

ع- هل يمكن استخدام منطقة الاستقبال كمعرض للأعمال الفنية (للفنانين التشكيليين المحليين ، والمدارس ، والكليات) أو كمكان لبيع هذه الأعمال سواء للفنانين أو كمصدر دخل للمستشفى ؟

ف- هل مناطق الانتظار مناسبة لتكون مكاناً لعرض التحف أو التماثيل ؟

ص- هل المواقع الخارجية والتى تمت إضافة نباتات أو مظلات واقية من البرد لها ، تسمح للمرضى بالجلوس فى الخارج بصورة مريحة ؟

ق- هل تم الأخذ فى الاعتبار إمكانية تحويل الساحات أو الفناء الخارجي إلى غرفة خارجية أو لقاعات مركزية أو ردهات باستخدام الزجاج الجزئى أو الكلى فى السقف وذلك لتعظيم الاستفادة من المساحات ؟

يجب أن يكون التصميم الداخلى عالياً فى هذه المنطقة بما فى ذلك مستوى الإضاءة .

ر- هل يقوم العاملون بتحديث خدمات المعلومات ؟

١٠- المرور الداخلى (الممرات *Corridors*) :

أ- هل أحجام الردهات كافية وآمنة بحيث تسمح بمرور مستخدمى الكراسى المتحركة بأنفسهم أو بمساعدة الغير ؟

ب- هل الممرات وسبل الوصول مرضية ؟ وهل تسمح بمرور ودوران الكراسى المتحركة وتأخذ فى الاعتبار ظروف حركة الممرات ؟

جـ- هل تم تجنب الصعوبات أو العوائق من الجدران أو السقوف أو المخاطر المماثلة على مستوى الأرضية مثل تغيير مستويات الدرج ؟ وإذا لم يكن من الممكن تجنبها ، هل يسهل تمييزها أو إدراكها ؟

د- هل أبعاد (عرض) الأبواب الداخلية مناسب للسماح للكراسى المتحركة للتحول بمقدار (٩٠) درجة من الممر أو الردهة ؟ وهل يمكن زيادة عرض الممر أو الردهة ؟

هـ- هل تم تزويد الممرات والمنزلقات أو الدرج أو النقاط الأخرى التى يحتاج فيها أشخاص حركتهم معاقة إلى درابزين ؟ وهل يمكن توفير هذا الدرابزين فى الأماكن التى يمكن أن تستخدم كمعين لهؤلاء الذين لديهم قصور فى النظر ؟

و- هل المساحات الزجاجية الكبيرة القريبة من الحركة مميزة أو موضحة بصورة كافية لهؤلاء الذين يعانون من قصور فى النظر ؟

تابع الشكل رقم (٤-٦)

ز- هل تتوافر مقاعد على مسافات معقولة وبالقدر الذى يسمح للمعوقين وكبار السن بأخذ قسط من الراحة عندما يكون أمامهم ممر طويل للوصول إلى أهدافهم ؟

ح- هل توجد لوحات إرشادية واضحة ومضاءة بما يضمن سلامة وسهولة المرور داخل المبنى ؟

ط- هل هذه اللوحات الإرشادية مصممة حسب النموذج (HTM 65) ؟

ى- ما هو الانطباع عن الإضاءة والديكور ؟

ك- هل تتوافر أعمال تشكيلية أو صور فوتوغرافية على الجدران ؟

ل- هل يسهل على المعوقين فتح الأبواب ؟

م- هل المواد المستخدمة فى الأرضيات من النوع المانع للانزلاق ؟

ن- هل توجد حماية للجدران من أحد أو كلا طرفى الممر ؟

س- هل هى فى الأماكن المناسبة لمختلف أنواع النقالات المستخدمة ؟

ع- هل أماكن المرطبات (المقاصف) يسهل وصول المعوقين إليها ؟

١١- حركة المرور إلى أعلى :

أ- هل الدرج المستخدم مأمون ومريح بالقدر الكافى للمسنين والمعوقين ؟ وهل سمات الدرابزين والنزول من الدرج تعد مناسبة ؟

ب- هل هناك إرشادات واضحة تدل على الدرج ؟

جـ- هل تتوافر مصاعد موضوعة فى أماكن مناسبة ، يسهل الوصول إليها ، وتتوافر علامات إرشادية واضحة لها ؟

د- هل توجد خطط إرشادية للمواقع المختلفة فى ردهات المصاعد ؟

هـ- هل يسهل على مستخدمى الكراسى المتحركة المستقلين بأنفسهم الحصول على قائمة الضوابط ؟ وهل تعد الإشارات (العلامات) البصرية والسمعية وأجراس الإنذار وتحديد وجهات الطوابق مرضية ؟ وهل الأرقام والأحرف ناتئة (بارزة) بما يجعلها مناسبة للمكفوفين ، ولذوى قصور البصر الشديد ؟ وهل يتوافر مقعد للمعوقين أو درابزين مساعد ؟

تابع الشكل رقم (٤-٦)

١٢- دورات المياه :

أ- هل هناك دورات مياه مصممة بصورة صحيحة للجنسين معًا (بمعنى دخول الزوج والزوجة معاً لدورة المياه) فى المناطق العامة للمرافق ؟

ب- هل تتوافر دورات مياه مناسبة لمستخدمى الكراسى المتحركة فى الدورات المخصصة للرجال والنساء فى المبنى ؟

ج- هل دورات المياه الخاصة بالمعوقين تسمح بالحركة بقدر كافٍ أم أن مساحات الالتفاف متاحة خارج الدورة ؟ وهل تم أخذ عامل ومستوى الخصوصية بدرجة مرضية ؟

د- هل تتوافر دورات مياه مزودة بمقابض لاستخدام المرضى المعوقين ؟

هـ- هل ترتيبات دورات المياه وأحواض الغسيل يمكن استخدامها من قبل مستخدمى الكراسى المتحركة ؟ وهل المقابض والمرايا والمناشف ومزلاجات أقفال الأبواب والمساعدات الأخرى تم وضعها بحيث يمكنهم الوصول إليها واستخدامها بصورة مرضية ؟

١٣- مناطق العلاج :

أ- هل مناطق الاستشارة والعلاج يسهل وصول المرضى المعاقين إليها ؟

ب- هل تتوافر غرف / حجرات لتبديل الملابس بحيث تكون مناسبة لمستخدمى الكراسى المتحركة و تسمح بإمكانية المساعدة عند الضرورة ؟

١٤- تسهيلات الأجنحة :

أ- ما هى الانطباعات بشأن محتويات/مكونات الجناح من حيث الجو العام والديكور والإضاءة ومواد الأرضيات ؟

ب- هل يتم استخدام ورق الجدران ؟

ج- هل أرضيات الجناح مزعجة (من حيث الصوت) أو زلقة ؟

د- هل يمكن التفكير فى وضع سجاد فى أماكن مختارة حول الأسرّة ؟

تابع الشكل رقم (٤-٦)

هـ- هل "أنوار إضاءة الليل"موضوعة فى أماكن تزعج المريض أو تمنعه من النوم ؟

و- هل تسهيلات مرافق الصحة العامة (مثل الحمامات) توفر الاستغلال والخصوصية الكاملين للمرضى المعوقين الذين يستخدمون الكراسى المتحركة ، ولأولئك الذين يعانون من صعوبات فى المشى ؟

ز- هل غرفة العناية اليومية فى مكان يسهل الوصول إليه مع توفر مقاعد متباينة الارتفاع لمساعدة المرضى المعوقين ؟ وهل كل الإعلانات (الإرشادات) بها واضحة للرؤية والفهم ؟

ح- هل سبل حركة وتشغيل الأبواب والراديو والتلفاز وأجراس طلب المساعدة فى متناول وصول المرضى المعاقين ؟

ط- هل يمكن لزوار المرضى المعوقين الحديث معهم بشىء من الخصوصية بالقرب من السرير أو فى الجناح .

١٥- مظاهر أخرى :

أ- هل مسالك (ممرات) الإخلاء الإسعافى ومخارج الطوارئ بحالة جيدة ؟

ب- هل يسهل الوصول إلى أجراس الإنذار من الحريق من قبل المرضى المعاقين أو من مستخدمى الكراسى المتحركة ؟ وهل تم وضع تسهيلات النداء الإسعافى فى مواقع يسهل معها وصول المساعدة إلى المواقع البعيدة فى المبنى ؟

ج- هل تم توفير إرشادات سمعية وبصرية فى مختلف مواقع المبنى ؟

إن أغلب الأفكار التى تضمنتها الاستبانة يمكن الحصول عليها من الإطار الذى يوضحه الشكل رقم (٤-٧) (مراجعة بيئة الجودة) والذى يربط مناطق الخدمات فى (DGH) مع قضايا بيئية وبعض طرق تحسين الجودة الممكنة .

الشكل رقم (٤-٧) : مراجعة بيئة الجودة

الموقع / القضايا	الداخل الخارجية والوصول إليها	الاستقبال	مناطق العيادات الخارجية	الأجنحة	الأقسام	غرف العمليات	الممرات	الطرق/الأساليب
- اللوحات الإرشادية - الهواتف/النداء الآلي - النظافة/سلال النظافة - دورات المياه - الصور/ اللوحات - المكاتب النباتات/الحدائق/ المناظر الطبيعية - توافر السلع/المحلات - الألوان - الإضاءة - انطباعات الترحيب - لوحات الإعلانات - الديكور/الطلاء - لوحات الصور الفوتوغرافية - مواد القراءة - المقاعد والأثاث - المعلومات - مناطق الأكل -المظهر المميز - أماكن التدخين -التخزين/النظافة والترتيب -الحرارة - مناطق التسلية - الستائر - غرف الأهل/الأقارب - مظهر مكتب الاستقبال - مواقف السيارات - المبنى الخارجي - التهوية - الخصوصية								- مجموعة الانطباع الأول أو فريق البحث . - معلومات العملاء الخارجية (المسوحات ، شكاوى الزوار) - M.B.W.A. والمراجعة الإدارية - المقارنة بين المستشفيات - وضع الجهود فى شكل أولويات - الملكية عن طريق مدير عام الإدارة/ مدير عام الوحدة والعاملين - المراقبة المحلية - المشاركة فى وظيفة مراقبة الممتلكات - البرنامج السنوى لتحسين الجودة - تكاليف التحسينات - تخصيص أو توزيع الموارد المالية - إستراتيجية المنشأة - العلاقة الوثيقة بين البيئة والنتائج الطبية والتمريضية - الحاجة للتسويق واجتذاب المرضى - الحفاظ على المستويات المعيارية - الاجتماع المفتوح مع العاملين للحصول على الأفكار وضمان التزامهم بالجودة

ولما كانت البيئتان الطبيعية والاجتماعية هامتين وأساسيتين فى أى موقع للرعاية الصحية ؛ فقد أولت وزارة الصحة (فى المملكة المتحدة) أهمية كبيرة جداً لهذا العامل ، وذلك بمساعدتها وتشجيعها لتحسين الجودة من خلال برامج مبادرات يتم تمويلها مركزيًا من الوزارة . ويوضح الكتيب الذى أصدرته الوزارة فى عام ١٩٩١م بمسمى "المختلف الذى يمكن إثباته Deminstrably Different" مشاريع العيادات الخارجية الست الأولى لبرنامج تحسينات جودة البيئتين الطبيعية والاجتماعية فيها (١٩٨٩/١٩٩٠م) ، كما يوجز المظاهر والسمات الأساسية للممارسة الجيدة ، ويحدد الدروس المستفادة من واقع الخبرات العملية ، إضافة إلى إلقائه الضوء على بعض الأفكار فى هذا المجال .

المظهر الخارجى (Shop Window) :

من المكونات الأساسية للبيئة فى المستشفيات والعيادات جودة مظهرها الخارجى - أى موظف الاستقبال والعاملون بمكتب الاستعلامات من حيث سلوكياتهم والتسهيلات المتوافرة فى المكتب . وتعد قائمة التحقق لتقويم المظهر الخارجى للموظفين التى تم تصميمها فى مركز الاستثمار والتمويل الملكى "Kings Fund Center" (انظر هينكس - Hinks 1973) بمسمى" تسليط الضوء على موظفى أقسام الواجهة الأمامية " (Spotlight on shop window staff) - إحدى قوائم التحقق المبسطة التى يستخدمها مديرو المستشفيات للتعرف على مستوى الأداء الحالى للموظفين من خلال العديد من مؤشرات سلوكيات المظهر الخارجى . ويوضح الشكل رقم (٤-٨) مثالاً لفريق الواجهة الأمامية :

الشكل رقم (٤– ٨) المظهر الخارجى

	نعم	لا	الإجراء
فريق الواجهة الأمامية :			
إن لكل مجموعة من مجموعات المظهر الخارجي مشكلاتها الخاصة . هل تم أخذ النقاط في الاعتبار ؟			
موظفو الهاتف :			
– المعدات والأجهزة :			
– إن مقسم الهواتف يعد كافياً لاستيعاب حجم المكالمات الهاتفية .			
– يقوم مشرف مكتب الاتصالات المتنقل بزيارات منتظمة للوقوف على حالة المعدات والأجهزة الهاتفية .			
– عندما يتم استحداث وتركيب معدات وأجهزة جديدة ، فإن موظفى الهاتف يتم تدريبهم على استخدامها .			
العاملون على أجهزة النداء (Bleeps) :			
– هناك إمدادات كافية من قطع غيار المستقبلات ، كما أن الصيانة الجيدة دائمًا متاحة .			
– العاملون فى المقسمات الهاتفية يتلقون معاونة كاملة من العاملين المزودين بأجهزة الاستقبال .			
ظروف العمل :			
إن مأمورى السنترالات يبقون فى مواقعهم لفترات طويلة . ما هى الترتيبات المعدة لهم ؟			
– هناك فترات راحة كافية بعد كل (٨) ساعات من العمل .			
– هناك دورات مياه قريبة من موقع السنترال .			
– هناك تسهيلات لعمل شاى فى الموقع .			
– هناك خدمة لوجبة كاملة فى السنترال لمن يرغب من العاملين بالهاتف .			
– يتم عمل مراجعات منتظمة على مدد ساعات العمل الإضافية ، والانقطاع المؤقت عن العمل لمأمورى السنترال .			
– يتم إجراء مسوحات منتظمة للأعمال الإضافية التى يقوم بها مأمير السنترال لمعرفة ما قد يكون لها من أثار على مستوى الأداء .			

إن نصف عملى يكمن فى إرضاء الناس

يعد عامل الهاتف وسيلة إرشاد للمواطنين وحجة لكل شخص

خدمات العيادات الخارجية :

لقد تعرضت خدمات العيادات الخارجية لبحث واستقصاء دقيقين فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمات المقدمة فيها . وقد أوضح العمل الذى قامت به سلطة " ترنت الإقليمية للصحة *Trent RHA* " الجوانب الأساسية فى عملية إدارة العيادات الخارجية ، والتى شملت ما يلى :

١- إخطار الطبيب (الممارس) العام .

٢- عملية إشعار المرضى .

٣- تحديد موعد الزيارة الأولى .

٤- زيارة المريض للعيادات .

٥- (الجوانب المتصلة) بالبيئة .

العمليات (أو الإجراءات) الإدارية فى العيادات الخارجية

الأسس (أو المبادئ)

إخطار الطبيب (الممارس) العام :

١- ينبغى تزويد الأطباء (الممارسين) العامين بالمعلومات المتعلقة بمواعيد انتظار مرضى العيادات الخارجية التخصصية ، والمرضى المنومين ، والمرتبطة بكل استشارى ، وكذلك توضيح أى مسائل أو معلومات أو سمات ذات صلة خاصة بالمريض (مثلاً أن تتضمن المعلومات التى يتم تزويد الطبيب العام بها ، متى كان مناسباً ، معرفة المريض بلغات أخرى غير اللغة المتداولة) .

٢- ينبغى توافر آلية معينة تضمن مشاركة الطبيب (الممارس) العام فى التقرير حول مدى ملاءمة نماذج البيانات والمعلومات ذات الصلة بالمريض .

٣- ينبغى تزويد الأطباء (الممارسين) العامين بنموذج (أو برتوكول) إحالة مريض فى حالة عاجلة - متى كان ذلك ضرورياً - إلى خدمة تشخيصية أو علاجية معينة ، أو إلى طبيب استشارى .

عملية إشعار المريض :

٤- ينبغي إرسال إشعار فورى لكافة المرضى باستلام طبيبهم العام لتقرير الإحالة الخاص بكل منهم (أى من قبل الاستشارى أو الخدمة التشخيصية أو العلاجية التى أحيلوا لها أصلاً طلباً لمشورتها) . وينبغى أن يتأكد المستشفى فى هذه المرحلة المبكرة من أى مسائل ينبغى أخذها فى الاعتبار خلال كل مدة الرعاية ، سواء كانت متعلقة بلغة المريض ، أو جنسه ، أو قيمه الثقافية ، ويجب أن يتأكد المستشفى ، أيضًا ، من نوعية المخاطبة التى يفضلها المرضى فى كل الاتصالات التى تتم معهم .

تحديد موعد الزيارة الأولى :

٥- ينبغى تحديد الوقت الأقصى لفترة الانتظار بين تسلُّم إشعار التحويل ورؤية المريض فى العيادة .

٦- التحويلات غير العاجلة يجب أن تعطى الحد الأدنى من وقت الإشعار (وذلك لإعطاء الفرصة لمواعيد الإشعار قصير المدى لملء ما قد يحدث من إلغاء المواعيد) .

٧- يجب أن يعطى المرضى الإحساس بأنه فى إمكانهم تغيير المواعيد المعطاة لهم .

- يجب أن تحتوى خطابات الإشعار على كافة الإرشادات بما فيها رقم الهاتف للمساعدة فى كيفية تنفيذ الإرشادات .

- على الإدارات والأقسام مراعاة الخلفيات العرقية وما قد يكون لديها من أعياد أو مناسبات دينية تؤثر على رغبة المريض فى تغيير مواعيده .

٨- يجب الاهتمام بمراقبة أرقام المرضى "لم يحضروا" فى مواعيدهم ، ويجب أن يشمل مثل هذا الاهتمام أولئك المرضى الذين تم إعطاؤهم أكثر من إشعار بفترة محددة للمواعيد ، كما يجب الاهتمام بإرسال خطابات لتذكير المرضى .

٩- ينبغى أن تعكس كافة الاتصالات التنوع اللغوى للمجتمع المحلى ، وأن تأخذ فى الاعتبار الاتصالات المتعلقة بالإعاقات الخاصة .

يضاف إلى ذلك أنه ينبغى أن تحتوى جميع الإحالات الجديدة على الآتى :

أ- كيفية الوصول إلى المستشفى .

ب- المواصلات العامة .

ج- خدمات الإسعاف .

د- مواقف السيارات .

هـ- وصول (ومواقف ومداخل) المعوقين .

و- سبل الراحة والمتعة وخاصة لفئات :

- المعوقين .
- الأمهات والمواليد .
- الأطفال .

ز- ما يجب على المريض إحضاره معه للعيادة ، وتشمل : العينات .

ح- ترتيبات الاستقبال .

ط- إجراءات العيادة وتشمل التأخير المتوقع .

ي- ترتيبات إجراء الاختبارات التشخيصية .

ك- من الذين يتوقع أن يقابلهم ؟

ل- معلومات خدمات الترجمة والترجمة الشفوية .

م- كيفية الاتصال بالمستشفى بشأن معلومات إضافية (إعطاء رقم الهاتف مثلاً) .

١٠- بمجرد إشعارهم فإن معظم المرضى يجب عليهم أن يتوقعوا أن تبقى مواعيدهم بلا تغيير .

الـزيـارة :

١١- يجب أن يتم الحصول على مرئيات المرضى بشأن الجوانب المتعلقة بالخدمات المقدمة بصورة منتظمة ، كما يجب أن تتوافر الآليات اللازمة للتأكد من أن هذه المرئيات قد تم إيصالها لسائر العاملين . ويجب أن يتم عمل ترتيبات خاصة للتأكد من أن الخدمات المقدمة تلبى احتياجات الفئات الخاصة كالأطفال والمسنين والمعوقين ، ولهؤلاء الذين لا تكون الإنجليزية هى لغتهم الخاصة .

١٢- يجب على العاملين التعامل مع المرضى بمقتضيات الحساسية والكياسة . وإذا اقتضت الضرورة ، ينبغى إعطاء العاملين التدريب المناسب ، وبخاصة عندما يأتى المرضى من خلفيات ثقافية متنوعة .

١٣ - يجب أن يبدأ العمل فى جميع العيادات فى الوقت المحدد لها .

١٤ - يجب أن تكون جميع الاختبارات التشخيصية التى تم طلبها قبل العرض على الاستشارى قد تمت ، وأن تكون نتائجها متوفرة قبل الموعد المحدد معه . (وقد يكون ذلك غير عملى بالنسبة للمرضى الجدد ، لكنه ينبغى أن يكون مقياسًا للمرضى المراجعين) .

١٥- ينبغى أن تكون جميع ملاحظات تطور حالة المريض الصحية متوفرة قبل موعد مقابلته للطبيب الاستشارى .

١٦- يجب أن يتوقع كل المرضى مقابلة أطبائهم الاستشاريين فى المواعيد المحددة لهم .

١٧- على المرضى أن يتوقعوا إخطارهم بأى تأخير قد يحدث . وقد يكون مناسبًا التأكد من أن المرضى يتفهمون أن بعض " طوابير أو صفوف الانتظار Queues " تتحرك أسرع من الأخرى .

١٨- ينبغى توافر آلية تسهل إدخال المرضى للاستشارى فى حالات الضرورة . ومتى كان ذلك ممكنًا ، فإن مثل هذه الآلية يجب أن تراعى رغبة المريض فى تلك المقابلة .

١٩- ينبغى إفهام المرضى أهمية متابعة المواعيد المحددة لهم .

٢٠- على المرضى أن يقوموا بإجراء ما قد يكون من اختبارات وفحوص التشخيص الأخرى ، فى ذات اليوم ، متى كان ذلك عمليًا وممكنًا .

٢١- ينبغى العمل على اختصار أوقات الانتظار لإجراء الاختبارات التشخيصية للحد الأدنى ، وعلى الإدارات المختصة التأكد من أن نظم المواعيد قد تم إعدادها بحيث تسمح بإحالة الحالات غير المنظورة إلى العيادات الخارجية .

٢٢- عندما يتطلب الأمر إجراء المزيد من الاختبارات ، يجب أن يرتبط إجراؤها بمتطلبات مقابلة الطبيب الاستشارى المستقبلية .

٢٣- يجب إرسال تقرير فورى للطبيب العام (الممارس العام) عن حالة المريض الصحية .

٢٤- يجب إعطاء المرضى إمدادًا كافيًا من أى علاج تم وصفه ، مزودًا بإرشادات واضحة ومناسبة حول كيفية استخدامه (أو التخلص من الفائض) ، أو إرشادات واضحة حول كيفية الاتصال بالطبيب (أو الممارس) العام المعالج .

٢٥- إذا كان الظرف مواتيًا ؛ فينبغى صرف العلاج فورًا للمريض .

٢٦- يجب أن يشعر المرضى بأن معاملتهم كانت مرضية على الصعيدين الإدارى والسريرى . يضاف إلى ذلك :

- أن تكون زيارة المرضى مريحة بقدر المستطاع .

- أن المقاييس البيئية للجودة يجب أن لا تراعى فقط فى مناطق الانتظار ، بل فى جميع المناطق الجانبية والفرعية ، والإدارات والأقسام المساندة بالمستشفى .

البيئة :

٢٧- يجب بذل كل جهد ممكن للتأكد من توافر مساحات كافية لمواقف سيارات المرضى ، أو كحد أدنى يجب إخطار المرضى بما قد يحدث من المشاكل فى المواقف وتشجيعهم للتنقل عبر وسائل أخرى .

٢٨- يجب على كل العاملين أن يرتدوا إشارات مميزة تُسهِّل التعرف عليهم .

٢٩- يجب أن تكون اللوحات الإرشادية واضحة ومكتوبة باللغات المناسبة ، ويجب استخدام الرموز الإرشادية فى هذه اللوحات قدر الإمكان . كما يجب إعطاء المرضى إرشادات واضحة ، وأن يرافقهم العاملون متى كان ذلك ممكنًا .

٣٠- يجب بذل الجهود للتعرف على مصادر الحصول على مواد قراءة حديثة تعكس المزيج الثقافى واللغوى المحلى .

٣١- يجب أن تكون تسهيلات مقاصف المرضى موضحة فى اللوحات الإرشادية ، وأن تكون فى مواقع يسهل الوصول إليها من مناطق الانتظار ، وأن تكون مفتوحة طوال ساعات عمل العيادات .

٣٢- يجب أن يكون بمقدور المرضى استخدام هواتف العملة .

٣٣- يجب توافر الأعداد الكافية من دورات المياه بما فيها تلك المخصصة للمعاقين ، وأن تكون فى مواقع يسهل الوصول إليها من قاعات الانتظار ، وأن تكون موضحة فى اللوحات الإرشادية .

ومن الجدير بالذكر ، أن هذه الأسس أو المبادئ المتصلة بالعمليات أو الإجراءات الإدارية فى العيادات الخارجية المذكورة آنفًا ، قد تم إقرارها من قبل مكتب المراجعة الوطنى عند مراجعته لخدمات العيادات الخارجية فى نظام الخدمة الصحية الوطنية عام ١٩٩١م . وقد أوضح المكتب القضايا الواجب أخذها فى الاعتبار وطريقة قياسها . وفيما يلى تفصيل لذلك :

الملحق (١) دراسة المكتب الوطنى للمراجعة حول القيمة النقدية لخدمات العيادات الخارجية : معايير المراجعة :

عند استقصاء الدراسة لخدمات العيادات الخارجية ، طور مكتب المراجعة الوطنى فى البداية معايير للمراجعة مستفيداً من العمل الذى قام به كل من مركز التمويل والاستثمار الملكى لتطوير الخدمة الصحية (King's Fund Center..) والمجموعة

الإسكتلندية لكفاءة الإدارة الصحية . ورغم قابلية هذه المعايير للتطبيق فى أغلب خدمات العيادات الخارجية ، فإن المقصود ليس جعلها وصفية شاملة بل للاسترشاد بها فحسب .

تخطيط الخدمة

يجب على المقاطعات والمستشفيات أن تقوم بتخطيط لخدمات العيادة الخارجية حسب الاحتياجات الصحية للسكان . ويمكن تحقيق ذلك بإجراء ما يلى :

(١) إعداد خطط تسويقية للمنطقة بهدف التعرف على الاحتياجات لخدمات العيادات الخارجية من كافة التخصصات .

(٢) تضمين التعاقدات بشأن تقديم الخدمة أهدافًا تتصل بتحديد مواعيد الانتظار لأول مقابلة للحالات غير العاجلة لكل تخصص أو حالة .

(٣) إعداد خطط للمستشفيات توضح خدمات العيادات الخارجية التى سيتم تقديمها .

(٤) إخضاع الخطط للمراجعة .

على المستشفيات إجراء الترتيبات اللازمة لعمل نظام لاستخدام خدمات العيادات الخارجية يعتمد على التكلفة – وفعالية الاستخدام . ويمكن للمستشفيات تحقيق ذلك من خلال :

(٥) التأكد من أن مسؤوليات الاستخدام المتسمة بتعظيم فعالية التكلفة واضحة لجميع العاملين .

(٦) عندما تكون الظروف مواتية ؛ ينبغى العمل على تطوير بروتوكولات محلية وأدلة إرشادية يتم الاتفاق عليها بين العاملين السريريين بالمستشفى والأطباء (الممارسين)

العاملين . ويجب أن تتضمن هذه البروتوكولات معايير الإحالة ، كما يجب أن تتضمن الأدلة الإرشادية ، بالإضافة إلى ترتيبات حول إخراج المرضى المنومين .

إدارة الخدمة

على المستشفيات أن تعمل على إيجاد ترتيبات سليمة للإدارة ومراجعة الأداء على أسس يومية . ويمكن تحقيق ذلك من خلال :

(٧) تحديد شخص واحد (مدير العيادات الخارجية مثلاً) أو مجموعة يمكن التعرف عليها بسهولة تكون مسؤولة عن إدارة الخدمات ذات الصلة بعيادتين أو أكثر ، إما على نطاق المستشفى أو فى نطاق تخصصات محددة ، مع إعطائها السلطات اللازمة لمارسة تلك المسؤوليات .

(٨) المراقبة النمطية (الروتينية) لتشغيل خدمات العيادات الخارجية . على المديرين التأكد من استخدام المزيج الأمثل والأنسب للتكلفة – الفعالية للعاملين السريرين والخدمات المساندة . ويمكن تحقيق ذلك من خلال :

(٩) تقييم المهام الواجب القيام بها فى إدارات العيادات الخارجية لاتخاذ قرار حول نوعية العاملين الذين يجب عليهم القيام بها .

على المديرين فى المستشفى التأكد من أن العاملين المساندين والموارد الأخرى يتم استخدامهم بفعالية .

(١٠) جعل سجلات المرضى متوافرة / جاهزة بأقل التكاليف عن طريق :

– الحفاظ على نظام فعال لحفظ السجلات .

– التأكد من أن السجلات قد تم طلبها مسبقًا ، متى كان ذلك عمليًا .

(١١) التعرف على أسباب عدم حضور المرضى فى الأوقات المحددة لهم ، واتخاذ ما يمكن من إجراءات للتقليل من عدم حضورهم ، كإرسال مذكرة تذكيرية . مثلاً عندما يكون هناك فارق زمنى طويل نسبياً (٣ أشهر أو أكثر) بين تحديد المواعيد والمقابلة الفعلية ، أو بوضع إرشادات فى بطاقة المواعيد حول كيفية تغيير أو إلغاء المواعيد ، أو بتقديم معلومات حول سياسات المستشفى تجاه عدم حضور المرضى فى المواعيد المحددة لهم .

(١٢) التقليل من حالات إلغاء عمل العيادات . ويمكن مواجهة ذلك عن طريق التأكد من أن الاستشاريين وصغار الأطباء يقومون بإخطار الإدارة حول غيابهم المحتمل مقدماً وبفترة كافية ليمكن التخطيط فى ضوء ذلك ، وليتمكن المرضى المتأثرون بإلغاء هذه العيادات من مقابلتهم بأسرع وقت ممكن .

(١٣) جدولة المواعيد للتقليل من آثار عدم الحضور والمواعيد العاجلة .

(١٤) المراجعة المنتظمة لمواعيد العيادة للتأكد من أنها تسمح باستخدام كثير الفعالية للتسهيلات والعاملين السريريين وخدمات المساندة .

(١٥) الاستخدام الفعال لتقنية المعلومات للتقليل من أعباء الأعمال الإدارية والكتابية .

جودة الخدمة

على السلطات الصحية فى المناطق تضمين المقاييس والمستويات المعيارية للجودة فى عقود التعاقد . وعلى كل إدارة بالمستشفى أن تخطط وتراجع الجوانب ذات الصلة بالجودة بخصوص احتياجات المرضى . ويمكنهم عمل ذلك من خلال :

(١٦) البيان الواضح لمسؤولية العاملين تجاه تحقيق ومراجعة أهداف الجودة .

(١٧) إعطاء دورات تدريبية لكل العاملين حول الخدمة المستمرة للعملاء .

(١٨) وضع أهداف ومعايير الجودة للخدمات ، ومراقبة الأداء عن طريق التجميع النمطى للمعلومات ومراجعتها بشأن الجوانب المتعلقة بتقديم الخدمة والحصول على معلومات التغذية المرتدة عن طريق عينات منتظمة من المرضى .

على إدارة المستشفى التأكد من الحفاظ على مستويات معيارية مقبولة من الخدمة .

(١٩) التقليل من أوقات انتظار المرضى من خلال :

- جعل ترتيبات عمل المواعيد المتعلقة بالأفراد تمتد خلال مدة عمل العيادة .

- الالتزام بترتيبات المواعيد . على سبيل المثال رؤية المرضى فى العيادة حسب نظام / ترتيب المواعيد .

- التأكد - إذا كان ممكنًا - من أن العيادات تبدأ عملها وتنهيه فى الوقت المحدد لها .

(٢٠) السعى لعرض خيارات أوقات المواعيد على المرضى إذا كان ممكنًا .

(٢١) إصدار إرشادات واضحة للمرضى (باستخدام لغة المجتمع المحلى) بشأن زياراتهم للعيادة ، وتوضح هذه الإرشادات ما يلى :

- يوم وتوقيت المواعيد .

- اسم الاستشارى .
- اسم وموقع العيادة .
- الإشارة إلى إمكانية أن تكون الزيارة للعيادة طويلة بشكل خاص .
- الإجراء الواجب اتخاذه فى حالة عدم التمكن من الحضور .
- الترتيبات المتعلقة بالتنقل ومواقف السيارات .
- إمكانية حضور طلبة الطب للمقابلة وما يمكن للمرضى عمله إذا لم تكن لديهم الرغبة فى حضور الطلبة .
- أى إرشادات محددة بخصوص الفحوص كالصيام أو إحضار عينات .
- الشخص الذى يمكن مخاطبته بشأن أى شكوى من قبل المريض .

فى حالة المقابلة الأولى يفضل إرسال الإرشادات للمريض قبل مدة (٣-٤) أسابيع لتمكينه من عمل كل الترتيبات اللازمة ، و أيضًا :

(٢٢) العمل على إيجاد وتهيئة بيئة / جو يساعد فى جعل فترة انتظار المريض للمقابلة مريحة بقدر الإمكان والتقليل من حالة القلق لديه . ويشمل هذا العامل الجوانب التالية :

- اللوحات الإرشادية الواضحة ، توفر دليل للمرضى إذا كان ضروريًا .
- خصوصية الاستشارات وأماكن تبديل الملابس .

- إيجاد مقاعد كافية للمرضى الذين يراجعون العيادة .
- إخطار المرضى بأى تأخير قد يحدث أثناء فترة انتظارهم .
- التسهيلات للمريضات من الأمهات المرضعات / أو من معهن رضع / أطفال .
- تسهيلات المرضى المعوقين .
- أماكن اللهو للأطفال .
- دورات مياه نظيفة وتسهيلات المغاسل المتوافرة بالقرب من العيادات .
- مواد قراءة .
- إمكانية الوصول إلى التسهيلات الأخرى كالدكاكين أو المحلات إذا كان عملياً .

خدمات الصحة العقلية :

إن أسلوباً متعدد الجوانب لقياس مدى كفاية خدمات الصحة العقلية قد تم إيجاده اعتماداً على تحليل الوجه - الوظيفى لبيئة الخدمة . ويتكون هذا الأسلوب من الإطار الذى يوضحه الشكل (٤-٩) وتصنيف ترتيبى ونظام رموز كما فى الشكل رقم (٤-١٠) والذى يتيح مستويات متباينة لتجميع البيانات (انظر Clifford ، *1991*) .

الشكل رقم (٤ - ٩) شبكة رعاية النواحى الأكثر أهمية - إطار للرعاية الصحية والاجتماعية

الصحة العقلية	الوظيفة الشخصية	التأهيل	الظروف الاجتماعية	العلاقات الشخصية البينية	البيئة الطبيعية
الحالة العقلية	الرعاية الذاتية	الرعاية الذاتية	السكن	العائلة	التصميم
الاحتواء	الأعمال المنزلية	أنشطة الحياة اليومية	الدخل	الآخرون المؤثرون	الراحة
سلوك المشكلة	الأنشطة الاجتماعية	الميزانية	العمل	الشبكات الاجتماعية	الموقع
التفهم العلاجى	التمويل الشخصى	الأنشطة المحددة/المخططة	الظروف القانونية	الدعم الاجتماعى	الخصوصية

الرعاية الفردية

المرونة	الاستقلالية	الفلسفة	المشورة	التأييد والدعم

الشكل رقم (٤ - ١٠) : الموضوعات الرئيسية لنظام تصنيف النواحى الأكثر أهمية

المسوغات

- بيانات الهوية الشخصية
- التاريخ
- التشخيص
- الصحة العقلية
- الوظيفة الشخصية
- العلاقات الشخصية البينية
- الظروف الاجتماعية
- الصحة البدنية
- تهيئة المريض للتكيف مع الخدمة
- الإعاقة الشاملة

الأنشطة

- وجهات الخدمة المطلوبة
- الاتصال بالخدمة
- الصحة العقلية
- الوظيفة الشخصية
- توجهات العلاقات الشخصية
- الظروف الاجتماعية
- التأهيل
- البيئة الطبيعية
- الصحة البدنية
- الرعاية الفردية
- مجموعة منافع الرعاية
- التداوى / العلاج
- الجودة/المراجعة والتدقيق

السماح بمستويات مختلفة للتجميع

رعاية المجتمع :

فى المسعى لإدارة سلاسل من التغيرات الانسيابية التى تستهدف تكاملية الرعاية التى تقدم من خلال العديد من مؤسسات المجتمع ، زاد الاهتمام بجودة الخدمة بصورة غير مسبوقة . وفى مراجعة حديثة لرعاية المجتمع (١٩٩٢م) حددت مفوضية (هيئة) المراجعة (Audit Commission's) من وجهة نظر حالات الخروج من المستشفيات الحادة (أى ذات مستويات الإقامة القصيرة المدى) وإعادة استقرار ذوى الإعاقات التعلمية الذين يحتاجون إلى إعادة تقييم وضعهم الحالى ، ما يلى من نقاط :

البحث رقم ١ :

حالات الخروج من المستشفيات الحادة :

يركز البحث الأول على ترتيبات الاستقبال من قبل المجتمع لهؤلاء الذين تم خروجهم من مستشفيات الحالات الحادة مع اهتمام خاص بما يتم تحضيره اعتباراً من إبريل ١٩٩٣م ، حيث بدأت السلطات الصحية المحلية بتولى مسؤوليات إضافية تجاه هؤلاء المرضى الذين يتجهون حاليًا وبصورة مباشرة إلى دور الرعاية السكنية والتمريضية عقب خروجهم من المستشفى .

الأهداف :

١- هل تقوم السلطات المختصة ، بصورة جماعية ، بتقييم الاحتياجات الحالية والمستقبلية للرعاية السكنية والتمريضية ؟ هل اتفقوا على حجم وطبيعة المشكلة والفرص المتاحة عن طريق رعاية المجتمع ؟

٢- هل هناك خطط توضح كيفية تقليص أعداد هؤلاء الراغبين فى الذهاب لدور الرعاية ؟ هل كلتا السلطتين تقوم بوضع الترتيبات (العاملين ، الإدارة ، الإجراءات) اللازمة لتنفيذ المتغيرات المتوقعة بعد الأول من إبريل ١٩٩٣م ؟

٣- هل التأثيرات على الموارد لكلا الطرفين محددة ومتفق عليها ؟ وهل السلطة المحلية راضية عن كون السلطة الصحية ستتكفل بالموارد الإضافية التى تحتاج إليها خدمات صحة المجتمع ؟ وهل السلطة الصحية ستشعر بالرضا من كون أسرَّتها لن يتم إغلاقها أو حجزها ؟

<table>
<tr><td rowspan="3">السياسات</td><td>الاحتياجات :
هل تقوم السلطات الصحية والاجتماعية بتخطيط وحصر النمط الراهن لهؤلاء الذين أخرجوا من المستشفى والمحتاجين للمساعدة - وبخاصة هؤلاء الذاهبون رأساً من المستشفى إلى دور الرعاية السكنية ودور التمريض ؟</td></tr>
<tr><td>الأهداف :
هل تقوم السلطات بمراجعة احتمال تناقص التدفق نحو الدور السكنية ودور التمريض من خلال تبديل/إحلال الرعاية المنزلية ؟</td></tr>
<tr><td>الخطط :
هل تم الاتفاق بين الخدمات الصحية والاجتماعية على الأدوار والمسؤوليات لكليهما ؟</td></tr>
<tr><td rowspan="4">ترتيبات التشغيل</td><td>تنسيق الرعاية :
من ينسق الرعاية لهؤلاء المرضى الذين هم على وشك الخروج ؟ ما هو دور العاملين بالرعاية الاجتماعية بالمستشفى ؟</td></tr>
<tr><td>تقديم الخدمات :
كيف يتم تنسيق الخدمات ؟ هل هناك موظفون ملتزمون أم هناك ترتيبات أخرى ؟ ماهى آلية الاتصال والإحالة المتبادلة بين صحة المجتمع والخدمات الاجتماعية ؟</td></tr>
<tr><td>المعلومات :
هل تتوافر نظم لتسجيل أنماط إحالات المستشفيات / الأجنحة ، وكذلك لتسجيل الأعداد الموجودة فى دور التمريض أو للذين يحتاجون إلى مساعدة عند خروجهم من المستشفى ، وما هى الأنماط الحالية لاستغلال العاملين للمعاونة فى الخروج ؟</td></tr>
<tr><td>ضمان الجودة :
هل يتم إعطاء المرضى معلومات كافية ومفيدة ؟ وكيف يتم تزويد المستشفى بملاحظات العاملين فى خدمة المجتمع ؟ وكيف تقوم السلطات بتقييم مدى سلاسة إتمام عمليات الخروج ؟</td></tr>
</table>

البحث رقم ٢ :

استبدال الإقامة الطويلة بالمستشفى للمرضى ذوى إعاقات التعلم :

يركز البحث الثانى على الترتيبات اللازمة لإعادة إنزال المرضى ذوى إعاقات التعلم المقيمين لفترة طويلة بالمستشفيات فى الدور التابعة للمجتمع .

الأهداف :

١- هل السلطات ، مُجْتَمِعَةً ، تخطط لعمل الترتيبات اللازمة للمرضى ذوى إعاقات التعلم ؟

٢- هل للسلطات أسلوب موحد لتحديد الاحتياجات والترتيبات العملية ؟

٣- هل المخصصات المالية متناسبة مع رؤوس الأموال والتدفقات النقدية كما وردت فى الخطط ؟ وهل هى موضحة الكيفية التى يمكن من خلالها تحويل المسؤولية من الخدمات الصحية للخدمات الاجتماعية ومقابلتها ماليًا ؟

٤- هل تقوم السلطات المختصة بإدخال نظم مشتركة للمراقبة وما يرتبط بها من ترتيبات ؟

السياسات	**الاحتياجات :** كيف تم قياس الاحتياجات المحلية ؟ هل تم ذلك بمشاركة السلطتين المركزية والمحلية ؟ ما هى المعلومات المتوفرة حول المجتمع الحالى للمستشفى ؟
	الأهداف ، الأولويات : ما هى المبادئ التى تحكم السياسات ؟ كيف تم تعريف وتحديد الأولويات والمجموعات المستهدفة ؟
	الخطط : هل تم إعداد خطة لخدمات إعاقات التعلم ؟ وهل هذه الخطة للسلطتين معًا أم أنها منفردة لكل سلطة ؟

ترتيبات التشغيل	**تنسيق الرعاية :** كيف يخطط ويعمل العاملون بالمؤسسات المختلفة معًا ؟ كيف يمكن تقييم الاحتياجات الفردية ؟ من يتحمل مسؤوليات الميزانية ؟ وعلى أى مستوى ؟
	تقديم الخدمات : كيف سيتم تمويل الخدمات فى المستقبل ؟ هل هناك تفويض / تخويل للسلطات والمسؤوليات والميزانية ؟
	المعلومات : حيث إن المعلومات الإدارية يجب أن تتقاسمها السلطات ؟ ما هى أنظمة المعلومات تحت الخدمة / أو المخطط لها ؟
	ضمان الجودة : ما هى الترتيبات الخاصة بمراقبة ما تحقق من السياسات قياسًا بالأهداف ؟ كيف يمكن الحفاظ على المستويات وتطويرها فى المستشفيات ؟

المستشفيات الكبيرة والصغيرة :

فى السنوات الأخيرة كانت المستشفيات محل بحث واستقصاء كبيرين لجهة قياس مستوى الجودة بها . وفى هذا الخصوص هناك مبادرتان جديرتان بالذكر هما :

- مشروع المستشفى الصغير (الذى أشرفت عليه سلطة الجنوب الغربى الإقليمية للصحة) .

- المراجعة التنظيمية (الذى أشرف عليه صندوق الملك) .

وقد وفرت كلتا المبادرتين أطرًا شاملة وكبيرة لقياس جودة الخدمة ، وذلك قبل إدارة الجودة الشاملة . وقد طور (شو وزملاؤه Shaw et al., 1988) " دليلاً إرشاديًا لتقديم الجودة فى المستشفيات الصغيرة . وقد تم استخدامه بكثرة فى المنطقة الجنوبية الغربية حيث كان له أثر فعال .

وقد شمل نطاق هذا المرشد العديد من الجوانب منها : التنظيم العام للمستشفى ، والتخصصات الطبية ، وخدمات المساندة السريرية ، وخدمات المساندة غير السريرية .

المحتوى

المحتوى

رقم الصفحة

ومن قوائم المراجعة الملفتة تلك المتضمنة للتخصصات الطبية والتى تغطى :

- الطب العام .
- الأمومة .
- الجراحة والتخدير .

قائمة الجراحة والتخدير

	نعم	؟	لا
١- إن المنطقة قد وافقت على الخطط الحالية والمستقبلية للخدمات الجراحية بالمستشفى .	—	—	—
٢- هناك سياسة تحكم اختيار مرضى الجراحة . وهذه السياسة :			
أ. مكتوبة .	—	—	—
ب. متفق عليها بين العاملين المحليين ومستشفيات المنطقة .	—	—	—
٣- هناك إجراءات متفق عليها تستخدم للأغراض التالية :			
أ. التعرف على المرضى الذين يُجرى لهم تخدير عام .	—	—	—

	نعم	؟	لا
ب. التعرف على الأطراف ، والمقاييس .	___	___	___
جـ. الإشراف على الموافقة على إجراء التخدير .	___	___	___
٤- جميع المرضى لديهم أطباء محليون يتولون رعاية صحتهم العامة .	___	___	___
٥- هناك مراجعة منتظمة وفعالة للسياسات والإجراءات والمضاعفات . __________ __________ __________	___	___	___
٦- إن التسهيلات المادية الموجودة بغرف العمليات الجراحية تتطابق مع مستوى الجراحة المعمول بها .	___	___	___
٧- إن العاملين الطبيين والمرضين تم تدريبهم على الوسائل والمعدات الراهنة ذات الصلة بإنعاش المريض . كيف يتم عمل ذلك ؟ __________ __________ __________	___	___	___
٨- إن مساعدى التخدير السريريين مسؤولون سريرياً أمام استشارى التخدير المحدد لهم .	___	___	___
٩- إن جميع مساعدى التخدير (فنيى التخدير) ماهرون فى استخدام الوسائل الراهنة بما يتناسب مع الإجراءات المتبعة . كيف تم ذلك ؟ __________ __________ __________	___	___	___
١٠- هناك اتصال مستمر ومنتظم مع منسق فنى التخدير أو الاستشارى المسؤول عن التنظيم العام لخدمات التخدير .	___	___	___

قائمة خدمات الأمومة	نعم	؟	لا
السياسات والإجراءات :			
١- إن سياسات عمليات إدخال المرضى وتحويلهم وتخريجهم قد تم تحديدها بوضوح وتم الاتفاق عليها بين المستويين المحلى والمنطقة .			
٢- أ. إن السياسات السريرية المدونة التى تغطى مؤشرات بعض الإجراءات مثل : الحقن الشرجى ، وحلق العانة ، والتمزيق الاصطناعى للأغشية ، ... إلخ ، كلها متوفرة فى الموقع وتم الاتفاق عليها بين المجموعات المهنية المختصة .	—	—	—
ب. إن التعديل الأخير على هذه السياسات تم فى :	—	—	—
٣- تتوفر آلية للتأكد من أن العاملين يزودون المرضى بمعلومات ونصائح متسقة .	—	—	—
السجلات :			
٤- إن النموذج المعيارى المستخدم للبيانات الخاصة بالتوليد مماثل للنموذج الموجود فى وحدة الولادة .	—	—	—
٥- أ. هناك سجل سريرى يبدأ مع كل مولود .	—	—	—
ب. إن بيانات المولود يتم مضاهاتها باستمرار مع بيانات الأم .	—	—	—
٦- إن السجلات التالية يتم الإبقاء عليها وحفظها بعد خروج الأم :			
أ. بيانات التوليد .	—	—	—
ب. ملاحظات المرضة الرئيسية حول صحة الأم وطفلها (المسمى بالكاردس) .	—	—	—
ج. البيانات الخاصة بالحجز والتسجيل .	—	—	—

	نعم	؟	لا
٧- سجلات التوليد والمواليد يتم حفظها لمدة ٢١ عامًا .	___	___	___
٨- يتم تسجيل الإحصاءات التالية :			
أ. عدد النساء اللاتى تم تسجيلهن بالبداية فى الوحدة الصحية أو تحت رعاية الطبيب الممارس .	___	___	___
ب. عدد النساء اللاتى تم تحويلهن للاستشارى للرعاية خلال فترة الحمل .	___	___	___
ج. عدد الولادات فى وحدة الطبيب الممارس أو تحت رعايته .	___	___	___
د. عدد المواليد الأحياء والمواليد الأموات .	___	___	___
هـ. عدد الوفيات قبل وبعد الولادة .	___	___	___
و. عدد حالات الإحالة للاستشارى خلال فترة المخاض .	___	___	___
ز. الإحالات للاستشارى عقب الولادة لأسباب تتعلق بحالة الأم .	___	___	___
ح. عدد الوفيات قبل وبعد الولادة فى الحالات المحولة إلى رعاية الاستشارى .	___	___	___
ط. عدد المواليد المحالين لرعايتهم من قبل الاستشارى .	___	___	___
ى. عدد وفيات المواليد الجدد خلال الأسبوع الأول من خروجهم من الوحدة .	___	___	___
٩- إن الإحصاءات المدونة تم مراجعتها بصورة رسمية أخر مرة من قبل المختصين السريريين كان فى :	___	___	___
١٠- ثمة جهود بذلت لإيجاد جو مريح (غير سريرى) فى جناح التوليد .	___	___	___
١١- إن أماكن مرحلة المخاض الأولى تتوافق مع المستويات التالية :	___	___	___
أ. هناك مساحة كافية للأم ومرافقها للتحرك مع وجود مقعد مريح .	___	___	___
ب. وجود تسهيلات دورات المياه والغسل بأحجام مناسبة للحوامل فى موقع قريب .	___	___	___
ج. هناك نظام نداء للمرضى .	___	___	___

	نعم	؟	لا
د. الأبواب واسعة بدرجة كافية لحركة الأسرة أو النقالات .	___	___	___
هـ. هناك قدر من الخصوصية للمرأة ومرافقها .	___	___	___
١٢- المعدات والأجهزة التالية متاحة فى موقع الولادة :			
أ. طاولة توليد يمكن تحويلها بسرعة إلى وضع مائل (مناسب) .	___	___	___
ب. أجهزة ومعدات استنشاق المسكنات .	___	___	___
ج. ماكينة تخدير مزودة بإمدادات الأكسجين للطوارئ .	___	___	___
د. أدوية ومعدات التغذية الوريدية .	___	___	___
هـ. مسالك هوائية عن طريق الأنف والبلعوم ، ومناظير الحنجرة ، وأنابيب للشعب التنفسية قابلة للثنى ، وقساطر للشفط .	___	___	___
و. حاضنة مع مقياس حرارى قابل للتعديل للرضع الطبيعيين أو للرضع المرضى أو المواليد الخدج .	___	___	___
ز. جهاز شفط للرضع .	___	___	___
ح. إمدادات أكسجين منفصلة للحاضنة وجهاز إنعاش للرضع .	___	___	___
ط. جهاز إنعاش للقلب (أو جاهز للاستعمال فى جناح التوليد) .	___	___	___
١٣- إن الإضاءة كافية فى جميع أنحاء المكان لتوفير جو مريح يسمح بإنجاز الإجراءات السريرية بيسر وسهولة .	___	___	___
١٤- موقع جناح التوليد مزود بالمياه الساخنة والباردة والتدفئة وإمدادات الطوارئ الكهربائية .	___	___	___
١٥- جناح ما بعد الولادة يوفر مساحات واسعة للمواليد ليكونوا فى غرف أمهاتهم .	___	___	___
١٦- هناك خصوصية كافية للأمهات للإرضاع مثلاً .	___	___	___
١٧- توافر تسهيلات حضانة بدرجات حرارة ورطوبة متوازنة ، كما أن هذه التسهيلات مناسبة لتعليم الأمهات العناية بأطفالهن .	___	___	___

	نعم	؟	لا
العاملون :			
١٨- تغطى القابلات المسجلات (Registered Midwives) العمل فى المستشفى على مدار الساعة .	ــــ	ــــ	ــــ
١٩- جميع الأطباء الممارسين الذين يحضرون الولادات فى المستشفى مسجلون على لائحة أطباء التوليد ولديهم عقود فردية مع السلطات الصحية تخولهم إدخال المرضى الأمهات إلى المستشفى .	ــــ	ــــ	ــــ
٢٠- تتوفر آلية فى أوساط العاملين للتأكد من أن جميع الأطباء الذين يحضرون الولادة لديهم خبرات وممارسات حديثة للحفاظ على الكفاءة .	ــــ	ــــ	ــــ
٢١- إن الأطباء يتلقون تشجيعًا نشطًا لحضور الدورات الإنعاشية والمشاركة فى الأنشطة التعليمية .	ــــ	ــــ	ــــ
٢٢- إن استشاريًا فى مجال أمراض النساء والتوليد قد زار المستشفى لمراجعة السياسات مع العاملين المحليين ، وكان ذلك فى : ______________________ ______________________ ______________________	ــــ	ــــ	ــــ
٢٣- إن استشاريًا للأطفال قد زار المستشفى لمراجعة السياسات مع العاملين المحليين ، وكان ذلك فى : ______________________ ______________________ ______________________	ــــ	ــــ	ــــ
٢٤- إن ترتيبات محددة تم عملها لمشاركة استشارى النساء والتوليد فى رعاية ما بعد الولادة .	ــــ	ــــ	ــــ

قائمة الطب العام ورعاية المسنين

	نعم	؟	لا
١- الأطباء الذين يقومون بإحالة المرضى للمستشفى لديهم أدلة إرشادية واضحة حول الحالات المناسبة للتحويل .	ــــ	ــــ	ــــ
٢- إن كبيرات الممرضات (أى مشرفات أقسام التمريض) يشاركن فى ترتيبات إدخال المرضى إلى المستشفى .	ــــ	ــــ	ــــ
٣- العاملون السريريون يقومون بالمراجعة المنتظمة لحالات إدخال المرضى إلى المستشفى .	ــــ	ــــ	ــــ
البطاقة (أو الهوية) الشخصية :			
٤- إن الطريقة التى يفضل المريض مخاطبته بها تؤخذ فى الاعتبار وبالتالى يلجأ إلى استخدامها .	ــــ	ــــ	ــــ
٥- إن المرضى يرتدون ملابسهم الخاصة فى جميع الأوقات .	ــــ	ــــ	ــــ
٦- إن العاملين يبرهنون على معرفتهم بتاريخ حالة المريض .	ــــ	ــــ	ــــ
٧- يتم تشجيع المرضى للاختيار من بين بدائل فيما يتعلق بالآتى :			
- الوقت الذى يستيقظون فيه .	ــــ	ــــ	ــــ
- ملابسهم .	ــــ	ــــ	ــــ
- وقت ذهابهم للنوم .	ــــ	ــــ	ــــ
- ما يودون تناوله من طعام من قائمة الطعام .	ــــ	ــــ	ــــ
٨- إن المقاعد فى غرفة استراحة المرضى يتم وضعها فى مجموعات متناسقة ومناسبة وليس على امتداد الحوائط /الجدران .	ــــ	ــــ	ــــ
٩- متاح للمرضى ما يلى :			
- مكان لوضع حاجياتهم الشخصية .	ــــ	ــــ	ــــ
- أدوات التنظيف الشخصية والزينة .	ــــ	ــــ	ــــ
- إمكانية منتظمة لزيادة مصفف الشعر .	ــــ	ــــ	ــــ

	نعم	؟	لا
الخصوصية :			
١٠- أنابيب وأكياس القسطرة مخفية عن الأنظار .	ــــ	ــــ	ــــ
١١- المرآة الشخصية متوفرة .	ــــ	ــــ	ــــ
١٢- يمكن للمرضى الاستحمام والذهاب لدورة المياه بخصوصية .	ــــ	ــــ	ــــ
١٣- يمكن للزوار التحدث مع المرضى بحرية وعلى انفراد .	ــــ	ــــ	ــــ
الاعتمادية :			
١٤- يوفر للمرضى المعتمدين على الآخرين المعدات والوقت اللازم لإطعام أنفسهم .	ــــ	ــــ	ــــ
١٥- يحتفظ المرضى بأموالهم ويمكنهم الصرف منها إن شاءوا .	ــــ	ــــ	ــــ
١٦- يسمح للمرضى بتناول المشروبات .	ــــ	ــــ	ــــ
١٧- هناك مجال / مكان يسمح للمرضى فيه بالتدخين .	ــــ	ــــ	ــــ
١٨- المرضى غير المدخنين يجب ألا يتأذوا من بيئة فيها تدخين .	ــــ	ــــ	ــــ
الاتصال :			
١٩- المرضى الذين يرغبون فى تأدية الصلاة جماعة يمكنهم تأديتها فى المستشفى أو الجامع .	ــــ	ــــ	ــــ
٢٠- أوقات الزيارة مرنة ويمكن للزوار الحضور فى أى وقت .	ــــ	ــــ	ــــ
٢١- أغلبية المرضى لديهم زوار .	ــــ	ــــ	ــــ
٢٢- تتوافر الصحف والمجلات الحديثة .	ــــ	ــــ	ــــ
٢٣- هناك إجراءات مبسطة للمرضى الذين يودون استخدام الهاتف .	ــــ	ــــ	ــــ
٢٤- هناك ساعة مضبوطة وتقويم زمنى فى جميع غرف وأماكن الجلوس .	ــــ	ــــ	ــــ
٢٥- تتم تلبية أجراس النداء بصورة فورية .	ــــ	ــــ	ــــ

	نعم	؟	لا
الأنشطة :			
٢٦- أوراق اللعب وألعاب الطاولة متوفرة ومكتملة .	ــــ	ــــ	ــــ
٢٧- إذا كان هناك " بيانو " فهو يعمل وبحالة جيدة .	ــــ	ــــ	ــــ
٢٨- للمرضى أن يختاروا البرامج التى يريدون مشاهدتها أو الاستماع إليها .	ــــ	ــــ	ــــ
٢٩- هناك برنامج للأنشطة المهنية والمتنوعة الخطط يشارك فيه المرضى ويعملون على تطويره إذا كان ممكنًا .	ــــ	ــــ	ــــ
٣٠- يستفيد المرضى من خدمات المكتبة وتتوافر فيها الكتب ذات الأحرف الكبيرة .	ــــ	ــــ	ــــ
٣١- هناك وسائل للانتقال فى حالة خروج المرضى للتنزه ويتم تشجيع المرضى على المشاركة فيها .	ــــ	ــــ	ــــ
البيئة :			
٣٢- الجناح خالٍ من الروائح غير المستحبة .	ــــ	ــــ	ــــ
٣٣- الديكور يشع نظافة ولمعانًا والجناح مضاء بشكل جيد .	ــــ	ــــ	ــــ
٣٤- يمكن للمرضى رؤية الطريق أو الحديقة بكل سهولة .	ــــ	ــــ	ــــ
٣٥- إذا رغب المريض فيمكنه حفظ الحيوانات المنزلية فى المستشفى ، ويمكن السماح بإحضار حيوانات المرضى لرؤيتها إذا طلبوا ذلك !	ــــ	ــــ	ــــ
الرعاية الصحية :			
٣٦- هناك برنامج للتدريب على كبح الشهوات لكل المرضى الراغبين .	ــــ	ــــ	ــــ
٣٧- القليل من المرضى يطلبون مسهلات أو مسكنات (بما فيها مسكنات الليل) .	ــــ	ــــ	ــــ
٣٨- المرضى المصابون بالصمم تتوفر لهم أجهزة سمعية مساعدة .	ــــ	ــــ	ــــ
٣٩- ينبغى ألا يكون لدى المريض مشاكل فى أسنانه بما يؤثر على قدرته على الأكل أو الكلام .	ــــ	ــــ	ــــ
٤٠- تم الكشف على نظر المريض (وتزويده بنظارة إذا لزم الأمر) خلال السنة الماضية .	ــــ	ــــ	ــــ
٤١- مشاكل القدمين التى قد تسبب آلامًا أو تقيد الحركة يتم علاجها فورًا .	ــــ	ــــ	ــــ

إن وحدة المراجعة التنظيمية بـ" صندوق الملك *(Kings Fund)* " قد قامت بتطوير أسلوب للتقييم الذاتى والمراجعة الخارجية . وهذا الأسلوب يساعد المديرين والممارسين السريريين على تطوير وتحسين مستوياتهم عن طريق تقييم وضعهم الحالى على صعيد الجودة بصورة واضحة ومفيدة . انظر الشكل رقم (٤-١١) .

إن القالب أو الأسلوب المتبع لكل خدمة يغطى الجوانب التالية :

١- الفلسفة والأهداف .

٢- الإدارة ، والعاملين ، والسجلات .

٣- تطوير وتعليم العاملين .

٤- السياسات والإجراءات .

٥- التسهيلات والمعدات والأجهزة .

٦- التقييم وضمان الجودة

الشكل رقم (٤- ١١) قسم الأشعة : نموذج تقييم العينة (مواصلة)

خدمات الأشعة :

إن نماذج التقييم الذاتى قد تم تضمينها فى متن الوثيقة . والهدف من هذه النماذج هو إتاحة الفرصة للمستشفيات لإعطاء معلومات التغذية المرتدة حول مدى التقدم الذى أحرزته باتجاه تحقيق المستويات المعيارية . إن ما يسمى " صفحة المرآة Mirror Image Page" يتضمن العناوين الرئيسية وأرقام كل مستوى . كما يتضمن عموداً لإجابات نعم/لا (متى كان مناسباً) . عندما تكون الإجابة " لا " ، يرجى إعطاء توضيح وتحديد ما إذا كانت النية تتجه نحو التوافق المعتقد حالياً . إذا كانت المساحة المتاحة للتعليق/التوضيح غير كافية ، يرجى استخدام ورقة إضافية منفصلة .

إن نصف الورقة المتبقية سيتم استكمالها من قبل أحد أعضاء فريق المسح . إن إكمال الوثيقة يسهم فى تحقيق هدفين هما :

١- أنه سيساعد " صندوق الملك " كثيراً في عملية تطوير وتحسين المستويات المعيارية . والتعليقات التي يبدونها سيتم تضمينها في مسودة دليل المراجعة التنظيمية .

٢- أن نسخة مكتملة التعبئة سترسل لكل عضو من فريق المسح . وسيزود هذا الإجراء الفريق ، مقدمًا ، ببعض المؤشرات حول ما حققه المستشفى من تقدم باتجاه الوصول إلى المستويات ، كما يساعدهم للتخطيط للمسح .

يجب إرجاع النموذج بعد تعبئته لـ" صندوق الملك " قبل (٦) أسابيع من تاريخ المسح الذي سيتم لمستشفاكم .

١- الفلسفة والأهداف :

إن هدف خدمات الأشعة هو تزويد المستشفى بخدمات تتميز بارتفاع جودتها ، والتأكد من سلامة وكفاءة رعاية المريض والتي تتوافق مع الوسائل المقرة والمناسبة (حاليًا تم اللجوء إلى ضوابط الأشعة المؤينة للأعوام ١٩٨٥ ، ١٩٨٦ ، ١٩٨٧ ، و ١٩٨٨م) .

المقاييس		التعليق
١-١	نعم ( ) لا ( )	
١-٢	نعم ( ) لا ( )	
١-٣	نعم ( ) لا ( )	
١-٣-١	نعم ( ) لا ( )	
١-٣-٢	نعم ( ) لا ( )	
١-٣-٣	نعم ( ) لا ( )	
١-٣-٤	نعم ( ) لا ( )	
١-٣-٥	نعم ( ) لا ( )	
١-٣-٦		
أ	نعم ( ) لا ( )	
ب	نعم ( ) لا ( )	
١-٣-٧	نعم ( ) لا ( )	
١-٣-٨	نعم ( ) لا ( )	
١-٣-٩	نعم ( ) لا ( )	
١-٤		
١-٤-١	نعم ( ) لا ( )	
١-٤-٢	نعم ( ) لا ( )	
١-٤-٣	نعم ( ) لا ( )	
١-٤-٤	نعم ( ) لا ( )	
١-٤-٥	نعم ( ) لا ( )	
١-٥		
١-٥-١	نعم ( ) لا ( )	
١-٥-٢	نعم ( ) لا ( )	
١-٥-٣	نعم ( ) لا ( )	
١-٥-٤	نعم ( ) لا ( )	
١-٥-٥	نعم ( ) لا ( )	

	التعليق
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	

٢- الإدارة والتوظيف والسجلات :

يتم وضع أسس لتنظيم خدمات الأشعة ، وإدارتها ، وتأمين الموظفين اللازمين لها ، لتوفير بيئة آمنة للمرضى والموظفين ، إضافة إلى خدمة آمنة ذات كفاءة وفعالية عاليتين للمرضى .

المقاييس		التعليق
٢-١	نعم ( ) لا ( )	
٢-٢	نعم ( ) لا ( )	
٢-٣	نعم ( ) لا ( )	
٢-٤	نعم ( ) لا ( )	
٢-٥	نعم ( ) لا ( )	
٢-٦	نعم ( ) لا ( )	
٢-٧		
٢-٧-١	نعم ( ) لا ( )	
٢-٧-٢	نعم ( ) لا ( )	
٢-٧-٣	نعم ( ) لا ( )	
٢-٧-٤	نعم ( ) لا ( )	
٢-٨		
٢-٨-١	نعم ( ) لا ( )	
٢-٨-٢	نعم ( ) لا ( )	
٢-٨-٣	نعم ( ) لا ( )	
٢-٩	نعم ( ) لا ( )	
٢-١٠	نعم ( ) لا ( )	
٢-١١	نعم ( ) لا ( )	
٢-١٢	نعم ( ) لا ( )	
	المستشفى	

	التعليق
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
نعم ( ) لا ( )	
المساح (Surveyor)	

الموظفون :

المقاييس	المستشفى	التعليق	المساح (Surveyor)	التعليق
٢-١٣				
٢-١٣-١	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٢-١٣-٢	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٢-١٣-٣	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٢-١٣-٤	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٢-١٣-٥	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٢-١٤	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٢-١٥	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٢-١٦	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٢-١٧	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	

التوظيف :

المقاييس	المستشفى	التعليق	المساح (Surveyor)	التعليق
٢-١٨	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٢-١٩	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٢-٢٠	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٢-٢١	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٢-٢٢	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٢-٢٣	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٢-٢٤	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٢-٢٥	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٢-٢٦				
٢-٢٦-١	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٢-٢٦-٢	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٢-٢٦-٣	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٢-٢٧	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	

السجلات :

المقاييس			التعليق
٢-٢٨	نعم ( )	لا ( )	
٢-٢٩	نعم ( )	لا ( )	
٢-٣٠	نعم ( )	لا ( )	
٢-٣١	نعم ( )	لا ( )	
٢-٣٢	نعم ( )	لا ( )	
٢-٣٣	نعم ( )	لا ( )	
٢-٣٤	نعم ( )	لا ( )	
المستشفى			

		التعليق
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
المساح *(Surveyor)*		

٣- تنمية الموظفين وتعليمهم وتدريبهم :

تقدم خدمات الأشعة برامج تدريب على رأس العمل لموظفيها ، على مختلف مستوياتهم ، وأخرى فى مجال التعليم المستمر ؛ وذلك لتشجيع التدريب من جهة ، وتنمية القدرات والمهارات ذات الصلة بالقضايا المتعلقة باحتياجات الأفراد ، والمتصلة بالأهداف المباشرة لخدمات الأشعة والمستشفى من جهة أخرى .

المقاييس			التعليق
٣-١	نعم ( )	لا ( )	
٣-١-١	نعم ( )	لا ( )	
٣-١-٢	نعم ( )	لا ( )	
٣-١-٣	نعم ( )	لا ( )	
٣-١-٤	نعم ( )	لا ( )	
٣-١-٥	نعم ( )	لا ( )	
٣-١-٦	نعم ( )	لا ( )	
٣-١-٧	نعم ( )	لا ( )	
٣-١-٨	نعم ( )	لا ( )	
٣-١-٩	نعم ( )	لا ( )	
المستشفى			

		التعليق
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
المساح (Surveyor)		

المقاييس			التعليق
٣-٢	نعم ( )	لا ( )	
٣-٢-١	نعم ( )	لا ( )	
٣-٢-٢	نعم ( )	لا ( )	
٣-٢-٣	نعم ( )	لا ( )	
٣-٣	نعم ( )	لا ( )	
٣-٣-١	نعم ( )	لا ( )	
٣-٣-٢	نعم ( )	لا ( )	
٣-٣-٣	نعم ( )	لا ( )	
٣-٣-٤	نعم ( )	لا ( )	
٣-٣-٥	نعم ( )	لا ( )	
٣-٤	نعم (')	لا ( )	
٣-٥	نعم ( )	لا ( )	
٣-٦	نعم ( )	لا ( )	
٣-٧	نعم ( )	لا ( )	

المستشفى

		التعليق
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	

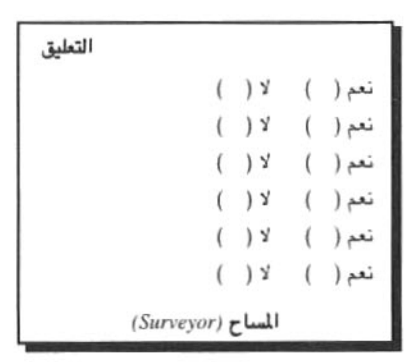
المساح *(Surveyor)*

٤- السياسات والإجراءات :

توجد سياسات وإجراءات مكتوبة لجميع نشاطات خدمات الأشعة ، والتى بدورها تصور المبادئ والمعارف والضوابط الحديثة المتعلقة بحسن تقديمها ، ناهيك عن أهدافها ومتطلباتها القانونية .

المقاييس			التعليق
٤-١	نعم ( )	لا ( )	
٤-٢	نعم ( )	لا ( )	
٤-٣	نعم ( )	لا ( )	
٤-٤	نعم ( )	لا ( )	
٤-٥	نعم ( )	لا ( )	
٤-٦	نعم ( )	لا ( )	

المستشفى



		التعليق
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	

المساح *(Surveyor)*

المقاييس			التعليق
٤-٧	نعم ( )	لا ( )	
٤-٨	نعم ( )	لا ( )	
٤-٩	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٠	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٠-١	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٠-٢	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٠-٣	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٠-٤	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٠-٥	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٠-٦	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٠-٧	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٠-٨	نعم ( )	لا ( )	
٤-١١	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٢	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٢-١	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٢-٢	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٢-٣	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٢-٤	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٣			
٤-١٣-١	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٣-٢	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٣-٣	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٣-٤	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٤	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٥	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٥-١	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٥-٢	نعم ( )	لا ( )	
٤-١٦	نعم ( )	لا ( )	

المستشفى

		التعليق
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	

المساح *(Surveyor)*

٥- التسهيلات والأجهزة :

جُهِّزت خدمات الأشعة بالتسهيلات والأجهزة والمستلزمات لأداء الخدمات المقدمة بشكل آمن وفعال وكفء .

المقاييس	المستشفى	التعليق	المساح (Surveyor)	التعليق
٥-١	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-٢	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-٣	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-٤	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-٥	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-٦	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-٧	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-٨	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-٩	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-١٠	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-١١				
٥-١١-١	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-١١-٢	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-١١-٣	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-١١-٤	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-١١-٥	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-١١-٦	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-١١-٧	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-١١-٨	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-١١-٩	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-١١-١٠	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-١٢	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-١٣	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	
٥-١٤	نعم ( ) لا ( )		نعم ( ) لا ( )	

المقاييس			التعليق
٥-١٥	نعم ( )	لا ( )	
٥-١٦	نعم ( )	لا ( )	
٥-١٧	نعم ( )	لا ( )	
٥-١٨	نعم ( )	لا ( )	
٥-١٩	نعم ( )	لا ( )	
٥-٢٠	نعم ( )	لا ( )	
٥-٢١	نعم ( )	لا ( )	
٥-٢٢	نعم ( )	لا ( )	
٥-٢٣	نعم ( )	لا ( )	
	المستشفى		

		التعليق
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
المساح *(Surveyor)*		

٦- التقييم وضمان الجودة :

تضمن خدمات الأشعة تقديم جودة رعاية عالية من خلال مشاركتها فى تقييم نشاطات المستشفى بتوافق وانسجام مع خطة ضمان الجودة المرسومة للمستشفى وخدمات الأشعة .

المقاييس			التعليق
٦-١	نعم ( )	لا ( )	
٦-٢	نعم ( )	لا ( )	
٦-٣	نعم ( )	لا ( )	
٦-٣-١	نعم ( )	لا ( )	
٦-٣-٢	نعم ( )	لا ( )	
٦-٣-٣	نعم ( )	لا ( )	
٦-٣-٤	نعم ( )	لا ( )	
٦-٣-٥	نعم ( )	لا ( )	
٦-٤	نعم ( )	لا ( )	
٦-٤-١	نعم ( )	لا ( )	
٦-٤-٢	نعم ( )	لا ( )	
٦-٤-٣	نعم ( )	لا ( )	
٦-٤-٤	نعم ( )	لا ( )	
٦-٤-٥	نعم ( )	لا ( )	
	المستشفى		

		التعليق
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
نعم ( )	لا ( )	
المساح (Surveyor)		

المقاييس	التعليق	التعليق
٦-٥	نعم ( ) لا ( )	نعم ( ) لا ( )
٦-٦	نعم ( ) لا ( )	نعم ( ) لا ( )
٦-٧	نعم ( ) لا ( )	نعم ( ) لا ( )
٦-٨	نعم ( ) لا ( )	نعم ( ) لا ( )
٦-٩	نعم ( ) لا ( )	نعم ( ) لا ( )
٦-١٠	نعم ( ) لا ( )	نعم ( ) لا ( )
٦-١١	نعم ( ) لا ( )	نعم ( ) لا ( )
٦-١٢	نعم ( ) لا ( )	نعم ( ) لا ( )
٦-١٣	نعم ( ) لا ( )	نعم ( ) لا ( )
٦-١٤	نعم ( ) لا ( )	نعم ( ) لا ( )
٦-١٥		
٦-١٥-١	نعم ( ) لا ( )	نعم ( ) لا ( )
٦-١٥-٢	نعم ( ) لا ( )	نعم ( ) لا ( )
٦-١٥-٣	نعم ( ) لا ( )	نعم ( ) لا ( )
٦-١٥-٤	نعم ( ) لا ( )	نعم ( ) لا ( )
٦-١٥-٥	نعم ( ) لا ( )	نعم ( ) لا ( )
٦-١٥-٦	نعم ( ) لا ( )	نعم ( ) لا ( )
	المستشفى	المساح *(Surveyor)*

ملاحظات (تعليقات) المساح :

رقم المقياس	التوصية

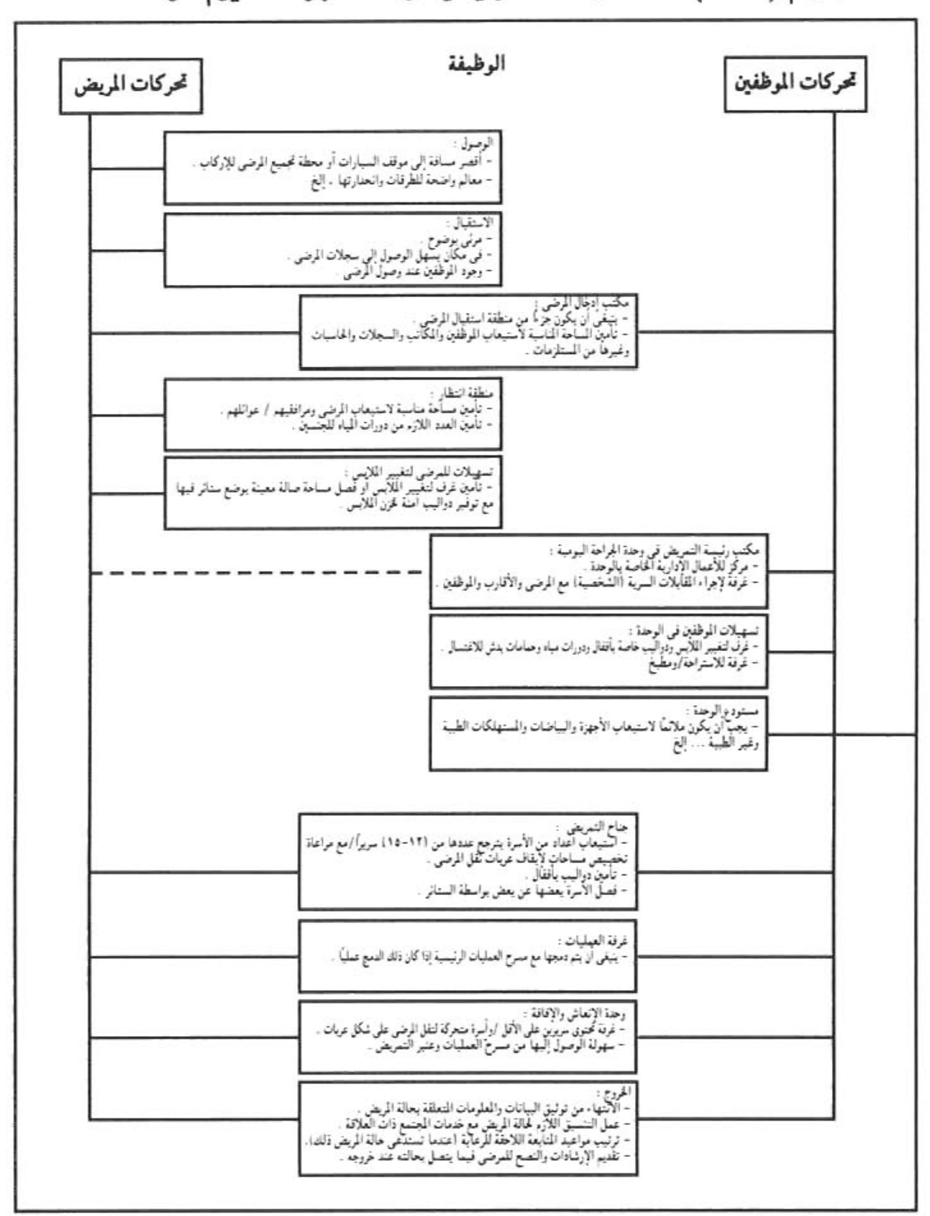
جراحة اليوم الواحد :

مع تزايد التركيز الموضوع على التقليل من مدة بقاء المرضى فى المستشفى ، يعد إدخال خدمة جراحة اليوم الواحد فى نظام تقديم خدمات الرعاية الصحية ، أحد العوامل الرئيسية التى تساعد على ذلك . وقد تم بحث مدى ونطاق جراحة اليوم الواحد فى المستشفيات التابعة لنظام الخدمة الصحية الوطنية ، ضمن الدراسة التى أجريت على مستشفيات الوحدة الصحية *(NHSME VFM)* التابعة لهذا النظام فى عام ١٩٩١م . وفيما يلى ملخص دليل ما احتوته الدراسة من موضوعات :

١٣-٨	التخطيط الإستراتيجى	٥٣
١٣-١١	المشورات الفنية	٥٤
١٣-١٤	إدارة المشروع	٥٥
١٣-١٥	التخطيط الإجرائى	٥٥

وتأسيسًا على الدراسة السابقة ؛ فقد أمكن الخروج بقائمة الوظائف الرئيسية لوحدة جراحة اليوم المتكاملة . ويوضح الشكل المرفق رقم (٤-١٢) العناصر الرئيسية لهذه القائمة :

الشكل رقم (٤-١٢) قائمة الوظائف الرئيسية لوحدات جراحة اليوم الواحد المتكاملة



على صعيد آخر ، يوضح الشكل رقم (٤-١٣) قائمة تقييم جراحات اليوم المقدمة حاليًا حسب أنواعها وتصنيفاتها مع التوصية الضمنية لتحسين جودة هذا النمط من الجراحات وزيادة أعدادها :

الشكل رقم (٤ – ١٣)

الخدمة الصحية *NHS*
الإدارة التنفيذية
وحدة *VFM*

عند الانتهاء من تعبئة الاستبانة ، يرجى إرسالها من خلال المدير العام للوحدة إلى العنوان التالى :

VFM Uint, Room 1322a, Euston Tower,
286 Euston Road, London nw1 3dn

استبانة حول تسهيلات تقديم جراحة اليوم الواحد

إرشادات تعبئة الاستبانة :

المرجو قراءة الإرشادات الواردة بالاستبانة بإمعان قبل إكمال كل مرحلة أو قسم من أقسام هذا الاستبانة .

يرجى ملاحظة ما يلى :

- أن الأقسام الأول والثانى والثالث من الاستبانة ينبغى إكمالها من قبل جميع المستشفيات من خلال قسم العمليات الجراحية فى كل منها .
- أن القسم الرابع من الاستبانة ينبغى إكماله فقط من قبل تلك المستشفيات التى ليس لديها وحدة متكاملة لجراحة اليوم .
- أن القسم الخامس من الاستبانة ينبغى إكماله فقط من قبل تلك المستشفيات التى لديها وحدة متكاملة لجراحة اليوم .

تعريف المصطلحات الواردة فى الاستبانة :

- **جراحة اليوم الواحد** : يقصد بها العملية أو الإجراء الجراحى الذى يجرى للمريض الذى يدخل المستشفى على أساس عدم الإقامة فيه . ويضم هذا النوع من الجراحات الإجراءات الجراحية الصغيرة ، والمتوسطة التى تجرى تحت التخدير ، أو التسكين ، الموضعى أو العام . ويستلزم هذا النوع من الجراحات ، أيضًا ، فترة إفاقة من التخدير بعد الإجراء الجراحى وملاحظة ضرورية لحالته الصحية العامة . هذا بالإضافة إلى شمول هذا النوع من الجراحات للإجراءات التى يتم فيها استخدام بعض الأجهزة الخاصة ، مثل المناظير ، التى يجرى فيها تنظير حالة المريض فى غرف العمليات الجراحية .

(تابع) الشكل رقم (٤ - ١٣)

- **وحدة الجراحة المتكاملة** *Integrated Unit* : سوف تضم هذه الوحدة كينونة جراحية متميزة مؤلفة من عنبر تمريض وغرفة (أو غرف) عمليات ، يجرى تشغيلهما كوحدة متكاملة. وسوف يكون لهذه الوحدة ، بصفة عامة ، جناحها أو أجنحتها الجراحية المستقلة ، وعنابرها الخاصة الملحقة بها ، إضافة إلى مكتب للدخول ، وغرفة للإفاقة بعد العمل الجراحي لمراقبة الحالة الصحية للمريض. وقد تشمل هذه الوحدة ، أو لا تشمل ، غرفة للمناظير . وبشكل عام ، سوف يكون للوحدة طاقمها الخاص من العاملين (على الرغم أن الوضع ليس دائمًا كذلك) الذين يعملون بها على وجه الحصر ، كشيء منفصل تمامًا ، عن غرف العمليات الرئيسية أو طاقم العاملين فى عنبر التمريض .

- **إجمالى الوقت الكلى المتكافئ أو اللازم لإنجاز العمل** : ينبغى أن يحسب هذا الوقت بقسمة إجمالى عدد الساعات التى تم عملها على عدد ساعات العمل الأسبوعية المعيارية (الاعتيادية) لتلك الفئة أو النوعية من العاملين .

- **الوظائف المعتمدة فى الميزانية** : ينبغى أن يشمل ذلك جميع الوظائف ، بما فيها أية وظائف شاغرة والتى تم اعتماد وتوفير مستلزماتها المالية .

- **العاملون المعينون على الوظائف القائمة** : تشمل كل العاملين ، عدا من ينتسبون إلى أجهزة أخرى ، كما تشمل كل من هو على مسيرات مرتبات الوحدة ، بغض النظر عن كونهم فى إجازات دورية ، أو عادية ، أو أمومة ، أو مرضية ، أو من هم فى دورات تدريبية .

تابع الشكل رقم (٤-١٣)

القسم الأول :

رجاء إعطاء بيانات تفصيلية عن مستشفاك :

المستشفى : ....

ضابط الاتصال (الذى يمكن الاستفسار منه) : ....

رقم الهاتف والتحويلة : ....

المقاطعة : ....

المنطقة : ....

القسم الثانى :

٢-١ برجاء تحديد جميع التخصصات ضمن المستشفى التى تُجرى جراحات اليوم الواحد كما تم تعريفها فى صفحة الغلاف :

- الجراحة العامة ☐
- أمراض النساء ☐
- أمراض المسالك البولية ☐
- جراحات العظام ☐
- الأسنان والفم ☐
- الأنف والأذن والحنجرة ☐
- العيون ☐
- جراحة التجميل ☐
- معالجة الآلام ☐
- أخرى - برجاء التحديد أدناه ☐

....

....

٢-٢ برجاء ذكر النسبة التقريبية لإجراءات جراحات الأطفال التى تجرى على أساس اليوم الواحد : % ☐

تابع الشكل رقم (٤-١٣)

القسم الثالث :

٣-١ برجاء التأشير أدناه (وذلك بوضع إشارة أمام المربع المناسب) حول أى من هذه الترتيبات العامة تصف بشكل دقيق إجراءات جراحات اليوم الواحد .

فى حال اختلاف الترتيبات (مثلاً بين التخصصات) ، يرجى وضع إشارة واحدة أمام المربع الذى يصف بشكل دقيق الترتيبات المتعلقة بأهم الإجراءات الرئيسية . بعد ذلك انتقل إلى القسم رقم ٣-٢ لإكمال تعبئته .

أ. وحدة مستقلة لجراحة اليوم الواحد - تشمل أماكن مخصصة لغرف العمليات وعنابر للتمريض وغرفًا لإدخال المرضى والإنعاش والإفاقة ، إضافة إلى غرفة للمناظير الداخلية . ☐

ب. كما هو موجود فى الفقرة " أ " ، لكن مع استبعاد غرفة المناظير الداخلية . ☐

ج. تجرى جراحة اليوم الواحد فى جناح العمليات الرئيسى فى غرف العمليات المتخصصة والمقصورة على إجراءات جراحات اليوم الواحد . ☐

د. تجرى جراحة اليوم الواحد فى جناح العمليات الرئيسى حسب قوائم الجراحات المخصصة فقط لحالات جراحات اليوم الواحد ، دون أن يكون لهذه الجراحات غرف عمليات متخصصة ضمن جناح العمليات . ☐

هـ. تجرى جراحة اليوم الواحد فى جناح العمليات الرئيسى بحيث تضم إجراءاتها الجراحية إلى قائمة الجراحات الروتينية . ☐

و. إجراءات أخرى - يرجى إعطاء تفاصيل موجزة عنها :

....

....

....

٣-٢ إذا كانت التخصصات الطبية الموجودة أو وحدات الجراحة تختلف عن الترتيبات الاعتيادية لجراحة اليوم الواحد ، يرجى تحديد التخصص وإعطاء نبذة مختصرة للترتيبات المتبعة مستخدماً التصنيفات الواردة أعلاه فى الفقرات من (أ) إلى (و) حيثما كان ذلك مناسباً :

التخصص	الترتيبات
....	....
....	....
....	....

ملاحظة : إذا قمت بوضع إشارة أمام المربع (أ) أو (ب) ضمن القسم ٣:١ أعلاه ، يرجى إكمال القسم الخامس لهذه الاستبانة .

الجودة التنظيمية / الإدارية :

بالتحول من مسألة التقديم الفعلى للرعاية إلى مسألة إدارة خدمة الرعاية يلاحظ أن العناصر الرئيسية التى تستوجب القياس هى :

- الثقافة التنظيمية .
- فعالية الفريق الإدارى .
- الاتصالات التنظيمية .
- تكامل أساليب الجودة الشاملة .
- تطوير وسائل وتقنيات الجودة الشاملة .

وفيما يلى توضيح لأسلوب مراجعة كل واحد من هذه العناصر الخمسة :

١- الثقافة التنظيمية :

القائمة التالية ليست حصرية ، ولكنها تمثل وسيلة أولية للنقاش بغرض الرفع من مستوى الوعى حول التجربة الابتدائية للثقافة عند دخول المستشفى .

دليل عملى لاكتشاف الثقافة التنظيمية :

الذهاب إلى المستشفى / مركز الرعاية :

١- عندما تقترب من المستشفى / المركز كيف يبدو لك ؟ هل يبدو لك مجمع مكاتب ، مصنعاً ، مدرسة ؟ أم ماذا ؟

٢- كيف تبدو البيئة الخارجية المحيطة بالمستشفى/المركز - هل تبدو - كمنطقة صناعية ، مزدحمة ، خضراء ؟

٣- هل كانت هناك محاولة لتحسين المظهر ، وإذا كان الأمر كذلك ، كيف تم ذلك ؟

٤- ما هى أنواع الإرشادات / الإعلانات / الملاحظات الموجودة بالخارج ؟

٥- ما هى الإرشادات التى توضح لك الطريق إلى مدخل المستشفى/المركز ؟

٦- كيف يبدو المدخل الرئيسى ؟

٧- ما هو شعورك المباشر وأنت تدخل المستشفى/المركز ؟

٨- ماذا كانت طبيعة استقبالك ؟

٩- كيف كانت تبدو لك المسائل المحيطة التى قضيت أكثر الوقت قربها ؟

الرسائل البصرية حول المظهر الداخلى للمستشفى / المركز :

هناك طرق مختلفة لتناول مسألة المظهر الداخلى . وكما فى حالة صفوف المنازل شبه المنفصلة أو فى عقار سكن مجهول ، فإن كل منها سيكون مختلفًا جدًا عن الآخر عند دخولك . إن للمؤسسات خيارات كبيرة فيما يتعلق بما يمكن أن تفعله كل منها . وعليه يمكنك أن تلقى نظرة حول مستشفاك/مركزك بعين أخصائى التصميم الداخلى ويمكن لك التفكير فى أسئلة من شاكلة :

١- كيف تم عمل ديكور الجدران والسقوفات ؟ ما هى الرسائل التى يمكن الخروج بها ومن مثل هذا الديكور ؟

٢- ما هى أنوا ع المنسوجات والأقمشة المستخدمة (الستائر ، السجاد....الخ) ؟

٣- ما هو نوع الأثاث الموجود ؟ ما هى حالة هذا الأثاث ؟

٤- ما هو نوع اللوحات والصور والأعمال الفنية الأخرى المعروضة ؟

٢- فعالية الفريق الإدارى :

يرى "ماثيو *Mathew 1990*" أنه من الممكن تقييم فعالية الفريق الإدارى على أى مستوى تنظيمى فى المنشأة .

٣- الاتصالات التنظيمية :

إن الاستبانة الموضحة فى الشكل رقم (٤-١٤) تشير بصورة مبسطة إلى طبيعة الاتصالات البينية (بين الأشخاص) فى الوحدة المقدمة لخدمات الرعاية الصحية .

الشكل رقم (٤-١٤) مناخ الاتصالات التنظيمية

مسح مناخ الاتصالات التنظيمية

إرشادات : هذه الاستبانة الموجزة تشير إلى طبيعة الاتصالات البينية (الشخصية) فى مكان عملك أو منظمتك . أجب عن كل سؤال بالشكل الذى يشير إلى المدى الذى يعبر فيه الأشخاص فى محيط عملك (العاملين ، والزملاء ، والإدارة العليا) عن السلوكيات الموضحة . تذكر أنك لا تقوم بالتقييم لأى شخص ؛ فالهدف الأساسى هو الحصول على " صورة " حول المناخ الكلى للتداخل أو التفاعل فى وحدة العمل أو المنشأة .

مفتاح الإجابات :

ع ج = إلى مدى عظيم جداً

ك = إلى مدى كبير

م = إلى مدى متوسط

ب = إلى مدى بسيط

ق/ل = إلى مدى قليل أو لا يوجد

ضع دائرة حول الحرف (أو الأحرف) التى تعبر عن المدى الذى تعتقد أنه يمثل المتعارف عليه من السلوك فى وحدة عملك أو منشأتك :

إلى أى مدى الأشخاص فى هذه الوحدة /المنشأة ...

١- يظهرون أنهم يستمعون لبعضهم بعضًا ، ويحاولون تفهم وجهات نظر الآخرين .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل
٢- يأخذون فى الاعتبار ويعبرون شفاهة عن مشاعر يحاول عضو آخر التعبير عنها .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل
٣- يطلبون من الآخرين إعادة أو توضيح ما يقولون لاستيعاب الموضوعات بصورة أفضل .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل

تابع الشكل (٤-١٤)

٤- يعيدون صياغة ما قاله شخص آخر بغرض التوضيح قبل الإدلاء برأيهم .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل
٥- يشاطرون مشاعرهم بصور واضحة خالية من التهديد .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل
٦- يبذلون العون والتشجيع فى النقاش من أجل سبر الموضوع بتعمق .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل
٧- يعطون الآخرين فرصة الحديث ويفتحون أبواب الحوار للمشاركة فى النقاش .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل
٨- يساعدون فى استكشاف الموضوع بتعمق دون محاولة لفرض آرائهم .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل
٩- يقولون بصورة واضحة فى مقدمة حديثهم ما هى توقعاتهم بشأن بعضهم بعضاً .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل
١٠- يواجهون الاختلافات المباشرة ويحاولون تفهم دواعى الاختلاف .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل
١١- يعطون بعضهم بعضًا تغذية عكسية دون محاولة للتقييم .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل
١٢- عندما يتحدثون يهتمون بالآخرين كأشخاص وزملاء .	ع ج	ك	م	ب	ق/ل

جودة الرعاية التمريضية :

إن أحد أكثر الوسائل استخدامًا من قبل الخدمة الصحية الوطنية لقياس مدى جودة الرعاية التمريضية هو نظام الرقيب *(Monitor)* . ويمثل هذا النظام التطويع البريطانى لمنهجية " رش مديكس للعملية التمريضية *Rush Medicus Nursing Process Methodology* والتى تأسست على فحص متعمق للعديد من السبل والوسائل والدراسات التى استهدفت قياس جودة الرعاية .

إن نظام الرقيب الذى تم تطويره من قبل "جولدستون وزملائه *Goldstone et al.,* " يتكون من أربع استبانات منفصلة للمرضى . وكل واحدة منها تتعلق بمكون مختلف من اعتمادية المريض *(Patient Dependency)* إلى جانب استبانة إضافية حول الجناح . ويعد هذا النظام مكتملاً وشاملاً . إن التوثيق المصاحب لهذا النظام متشعب وكبير . ويوضح الشكل رقم (٤-١٥) مثالاً لنظام الرقيب المأخوذ من الجانب الخاص بتخطيط الرعاية التمريضية .

الشكل رقم (٤-١٥) عينة من نظام الرقيب

الرقيب

المرضى فى التصنيف الاعتمادى رقم ٢

إرشادات : رجاء تحديد إجابة واحدة لكل سؤال :

اسم المقيم : .... اسم الجناح : .... تاريخ بداية الدراسة : ....

أو رمز المقيم : .... أو رمز الجناح : .... تاريخ الانتهاء : ....

مصدر المعلومات

القسم أ : تخطيط الرعاية التمريضية :

١- تقييم المرضى عند إدخالهم المستشفى

المرضى الرمز أو الأحرف الابتدائية									

السجلات أ

هل تقوم المرضة بمعاينة/ملاحظة المريض بغرض تقييم ما قد يكون هناك من مشكلات خلال الساعات الست الأولى من إدخاله إلى المستشفى ؟

انظر إلى المخطط/السجلات للدليل على التقييم . يمكن سؤال المريض "عندما أدخلت ، هل أتت المرضة للحديث معك حول مرضك أو أى مشكلة خاصة أخرى ؟ بعد كم من الوقت جاءت المرضة للحديث معك ؟" .

ابحث عن عامل الوقت فقط عندما يتوفر دليل أن التقييم قد تم . أجب بنعم فقط عندما يتوفر دليل على التقييم الشامل وأن يكون قد تم خلال (١٢) ساعة من إدخال المريض .

يقصد " بالتقويم " أن المرضة قد قامت بمعاينة وملاحظة المريض للتعرف على عاداته ومشكلاته .

يشير مصطلح "الشمول" إلى احتياجات المريض النفسية والاجتماعية والمادية .

لا								
نعم								
غير متاح								
لا ينطبق								
١								
المجموع								

تابع الشكل رقم (٤-١٥)

السجلات ب

إذا كان المريض يعانى من إعاقة (اضطرابات فى السمع ، أو النظر أو النطق ، إلخ) هل تم تسجيل هذه الإعاقات خلال ٢٤ ساعة من الإدخال ؟ إذا لم يتم تسجيل شيء افحَص أو عاين المريض . إذا كان يعانى من إعاقات ارمز بلا . وإذا لم يكن يعانى من إعاقات ارمز لذلك بلا ينطبق .

لا								
نعم								
لا ينطبق								
٢								
المجموع								

تكامل إدارة الجودة الشاملة :

من القضايا المهمة التى نوهنا عنها فى الفصل الثالث الحاجة إلى التكامل التام بين التخطيط وإدارة الجودة وأوجه الإدارة الأخرى على نطاق الوحدة ، آخذين مثل هذه الحاجة فى الاعتبار . هناك بعض العوامل الأساسية التى يجب تقييمها قبل الشروع فى تنفيذ برنامج إدارة الجودة الشاملة . وهذه العوامل تتلخص فى التالى :

- هل هناك علاقة / رابطة بين تخطيط الأعمال وإدارة الجودة الشاملة ؟
- هل للمديرين أهداف تتصل بتحسين الجودة مضمَّنة فى أهداف مراجعة النظراء لتحسين الجودة ؟
- هل يتم قياس الأداء فى الوحدة ؟
- هل تتم عملية تحليل الفجوة فى الأداء ؟
- هل وظائف إدارة الجودة الشاملة مفهومة بصورة واضحة للإدارات الأخرى ؟
- هل مؤشرات الجودة واضحة وثابتة فى العقود ؟
- هل هناك إستراتيجية شاملة لإعداد ووضع المستويات المعيارية ؟

فيما يتعلق بالسؤال الأخير هناك قائمة إضافية يبرزها الشكل رقم (٤-١٦) .

الشكل رقم (٤-١٦) : قائمة إعداد ووضع ومراقبة المستويات المعيارية

	نعم	قيد العمل	لا
١- هل للإدارة مستويات معيارية مكتوبة تتسم بأنها :			
(أ) وصفية (أى لا يتم فى الغالب قياسها) .			
(ب) يمكن قياسها (محددة ، غالبًا رقمية ، ويمكن قياسها) .			
٢- هل المستويات المعيارية التى يمكن قياسها :			
(أ) شاملة (تغطى كافة جوانب الخدمة) .			
(ب) تغطى بين (١ - ١٠) من المسائل / القضايا الرئيسية .			
٣- هل للإدارة فكرة واضحة/خطة بشأن المسائل/القضايا التى سيتم لاحقًا تغطيتها بالمستويات المعيارية ؟			
٤- هل كل العاملين فى الإدارة :			
(أ) يعرفون قليلاً عن مسألة إعداد ومراقبة المستويات المعيارية لهذه العملية .			
(ب) يعرفون ويوافقون على هذه المستويات المعيارية .			
٥- هل هناك عملية مراقبة واضحة يمكنها الوقوف على مستوى الأداء الراهن قياسًا على المستويات المعيارية ؟			
٦- (أ) هل يتم إعداد تقارير ربع سنوية ؟			
(ب) هل تتم مناقشة التقارير مع العاملين ؟			
(ج) هل يتسلم المدير العام نسخة من هذا التقرير ؟			
(د) هل يتم اتخاذ إجراء بشأن الأداء غير المتوافق ؟			

قياس تكاليف الجودة :

عند الحديث مع كبار المديرين فى صناعات عديدة قامت بتنفيذ برامج إدارة الجودة الشاملة ، فإن الفرد يسمع دائمًا أن الطريقة الأساسية إن لم تكن الوحيدة لقياس الجودة ، تتأتى من خلال تكاليف الجودة للمنشأة - بمعنى أن تكاليف الحصول على الجودة واستمراريتها ، هى قياس حقيقى لجهود الجودة (انظر أوكلاند Oakland 1989) .

إن الإدارة الفعالة للرعاية الصحية ، أى تأدية العمل بإتقان ، تتأسس على الموازنة بين الجودة المتحققة وعوامل التكلفة ، ويتحقق هذا الهدف عن طريق تحليل تكاليف الجودة .

ويعد تحليل تكاليف الجودة أداة قياس هامة للمديرين والسريرين وهى توفر سبلاً للقيام بما يلى :

- قياس الفعالية الشاملة فى تقديم الرعاية الصحية .

- مراقبة التغيير الناتج عن الجودة الشاملة .

- تحديد مشكلات معينة ، وذلك جزئيًا عبر آثارها وتبعاتها على التكلفة ؛ واتخاذ قرار بشأن أفضليات أو أولويات التدخل .

إن إدخال نظم إدارة تكاليف الجودة يمكن أن تواجه بقدر كبير من المقاومة ، وذلك نتيجة الخوف لدى المديرين حيث ينظر البعض إليها على أنها وسائل توزيع / إلقاء اللوم على الإدارة ذات الأداء المتدنى (ديفز *Davies 1992*) . من ناحية ثانية ، ينظر البعض إليها على أنها تمثل أسلوبًا سلبيًا ، بمعنى أنها معنية بقياس درجة الفشل . وعلى الرغم من هذه الانتقادات فإن هذه الطريقة تسمح للوحدة بتعريف وتحديد وفهم جوانب التكلفة الأساسية بها ، ونحيل القارئ لدراسة " كوش Koch1991 " ودراسة " كوش Koch " و " هيجز Higgs " ١٩٩١م ؛ وذلك للمزيد من التفاصيل حول أوصاف تكاليف الجودة .

إن تطوير ثقافة للجودة فى نطاق الوحدة المقدمة للخدمة وتنفيذ وسائل وأدوات إدارة الجودة ينتج عنها المزيد من التوافق فى الرعاية والخدمة المقدمة وتحسين مستويات الأداء ، إضافة إلى ارتفاع فى درجة رضا العملاء ، وفى رفع الروح المعنوية للعاملين . ولكن ماذا يحدث على صعيد التكلفة ؟

إن الاستثمار فى التدريب على الجودة ، وبناء فرق الجودة ، وتطوير المهارات القيادية وباقى المشروعات المتصلة بتحسين الجودة ينبغى أن تؤدى إلى خفض فى تكاليف التشغيل ، وتكاليف الإيرادات ، وبالتالى سيؤدى ذلك إلى تحسن كبير فى " حصة سوق " الوحدة المقدمة للخدمة . إن نموذج " تكاليف الجودة " والذى أثبت نجاحًا كبيراً فى الصناعات التحويلية والخدمية ، يمكن أن يكون مفيداً فى تحديد وقياس مثل هذه التكاليف . ونناقش فى الأجزاء التالية فوائد وأوجه القصور فى استخدام تكلفة الجودة كأداة لوضع أولويات جهود إدارة الجودة ، وأيضًا فيما يتعلق بتركيز جهود فرق تحسين الجودة فى تحقيق فوائد مالية ملموسة .

الدراسات الحالية حول تكلفة الجودة فى نطاق الخدمة الصحية الوطنية :

إن العديد من الوحدات المقدمة لخدمة الرعاية الصحية لديها معلومات تفصيلية حول تكاليف الجودة . إن المشاريع التمهيدية قد بدأ العمل بها بالنسبة لخدمات الحالات الحادة (فى منطقة شلتنهام ، ١٩٩٠م *Cheltenham*) وكذلك بالنسبة للخدمات الصحية ذات الأولوية القصوى (فى منطقة أيلسبرى ١٩٩٢م ، Aylesbury) وذلك كجزء أساسى من مشروعات المنطقتين لإدارة الجودة الشاملة .

لماذا نقيس تكاليف الجودة ؟

إن قياس تكاليف جودة الرعاية الصحية يرتبط بصورة معقدة وقوية بأعمال الرعاية الصحية وتطوير خطة الأعمال . كما أنه يركز الانتباه على بنود الإنفاق العالى ويساعد فى تحديد الفرص المحتملة لخفض التكلفة ، كما يعتبر الخطوة الأولى باتجاه إيجاد نظم للرقابة .

الواقع :

من المستحيل وصف وحدة مقدمة للخدمة على أساس " نموذجى ". ولكن لغرض وضع هذا النقاش حول تكاليف الجودة فى إطار يتسم بالواقعية ؛ فإننا نأخذ وحدتين رمزيتين على سبيل المثال – وهما مستشفى منطقة عامة (مركزى) ووحدة مجتمع صحية (مثل مركز الرعاية الصحية الأولية) . ويوضح الشكل رقم (٤-١٧) المعلومات حول هاتين الوحدتين . ونكرر أنهما وحدتان رمزيتان بغرض التوضيح .

الشكل رقم (٤ – ١٧)

	المستشفى العام بالمنطقة	وحدة مجتمع صحية
عدد العاملين (على أساس وقت الدوام الكامل WTE)	١٠٠٠	٧٥٠
ميزانية الدخل الإجمالى	١٩٠٠٠ جنيه	١٠٠٠٠جنيه
الأنشطة الرئيسية	**تكاليف الإيرادات**	**٪ تكاليف الإيرادات**
قبول المرضى	٢–٣	١–٢
رعاية المرضى	٣٥–٣٠	٣٥–٤٠
التشخيص / التقييم	١٥–٢٥	١٠–١٥
العلاج	٣٠–٣٥	٣٥–٤٠
أنشطة خروج المرضى	٣–٥	٢–٤
الخدمات المساعدة غير السريرية	٧–١٠	٤–٦
الإدارة	٣–٥	٣–٥

التكاليف المرتبطة بالجودة :

هناك ثلاث مجموعات رئيسية لتكاليف الجودة فى مجال تقديم الرعاية الصحية يمكن تحديدها وهى :

– تكاليف الوقاية :

تشمل الزمن أو الوقت والتكاليف المرتبطة بمحاولة خفض تكاليف الفشل وتكاليف التقييم فى حدودهما الدنيا (انظر تفاصيل هذه التكاليف فى الآتى) .

إن الوقت والدخل الذى يصرف على التدريب ، والتخطيط ، وزيادة وعى العاملين ، ومشروعات تحسين الجودة وإدارتها – كلها متضمنة هنا (الرواتب ، تكاليف إنشاء وظائف ضباط الجودة ، إلى جانب بعض وظائف المشرفين) .

- تكاليف التقييم :

تشمل هذه التكاليف الوقت والتكاليف التى تتحملها الوحدة فى عملية تحديد مدى المطابقة / الموافقة بين أداء العاملين والمستوى المعيارى المتفق عليه أو الواضح للرعاية / الخدمة ، والمراجعة الإدارية والسريرية ، والتفتيش اليومى الظاهر (على سبيل المثال بواسطة ممرضة الجناح أو بعض العاملين) واختبار الأجهزة .

- تكاليف عدم التطابق فى الأداء :

تنقسم هذه التكاليف إلى ثلاثة أنوا ع :

- تكاليف الفشل الداخلى :

تتعلق بالفشل فى توفير الخدمة المناسبة للمريض أو العميل الداخلى قبل حصولهم على الخدمة (ضياع السجلات الطبية الذى يقود إلى إلغاء مواعيد مرضى العيادات الخارجية مثلاً) .

- تكاليف الفشل الخارجى :

تتعلق بفشل الرعاية / الخدمة بعد حصول المريض عليها . على سبيل المثال : معلومات غير مناسبة حول العلاج ، إرشادات ضعيفة للوصول لقسم الأشعة ، معلومات غير دقيقة حول المواعيد . (إن كلاً من تكاليف الفشلين الداخلى والخارجى تغطى أعمالاً لم يتم إنجازها بصورة سليمة للمرة الأولى ، وتتطلب المزيد من الموارد لتصحيحها) .

- تكاليف المتطلبات الزائدة :

إنه يبدو غريباً أن بعض عناصر الرعاية والخدمة يمكن أن تكون غير ضرورية ولا ترتبط بالنتيجة المرغوبة . على سبيل المثال : الاختبارات التشخيصية الزائدة ، التوفير الزائد للمعلومات ، المتابعة غير المناسبة / الضرورية عن طريق صغار الأطباء .

منهجية تكلفة الجودة :

إن التكاليف يتم حصرها لكل نشاط ومن ثم وضعها فى مجموعات التكلفة المشار إليها سابقًا ، وتحديداً : تكاليف الوقاية ، وتكاليف التقييم ، وتكاليف عدم التطابق فى الأداء .

وباستخدام الأنشطة الرئيسية المحددة سابقًا (انظر الواقع) ؛ فإنه يجب القيام بالمزيد من الفحص والاستقصاء لتحديد الجوانب التالية بصورة أكثر دقة :

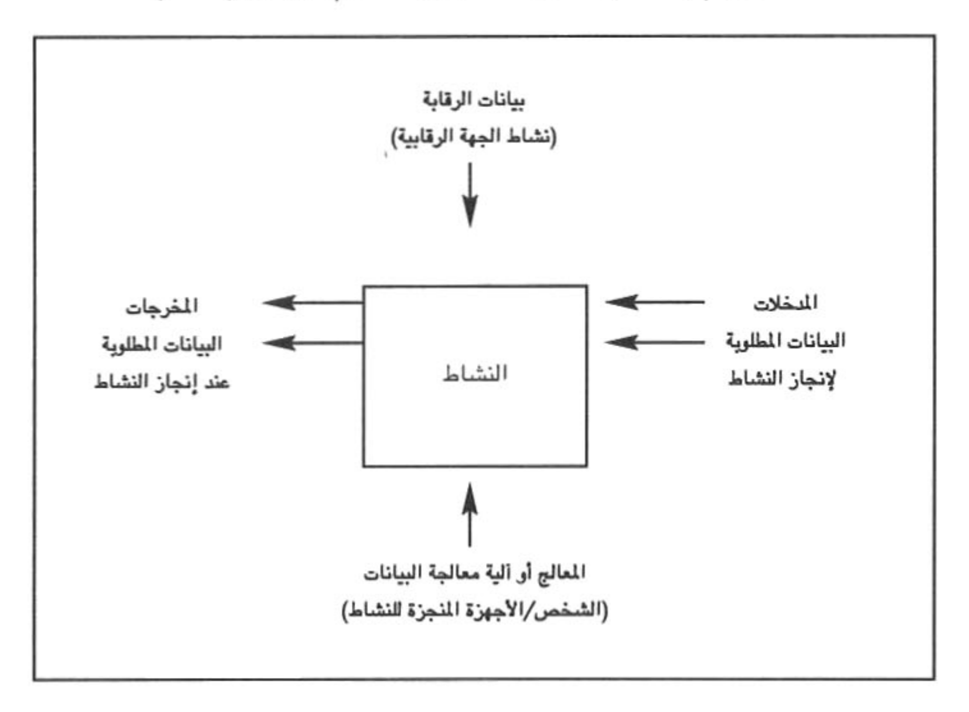
- العملاء والموردون الرئيسيون للرعاية / الخدمة فى كل نشاط وعلى كل مستوى فى كل منها .
- وعى العاملين بمسائل الوقاية وأنشطة التقييم وتلك المتصلة بالفشل والوقت الذى يصرف فى كل منها .
- القضايا الأساسية ، " القضايا أو المسائل الفعالة " أو عدم التطابق وأثرها على أداء الوحدة وتشغيلها .
- التكاليف فى شكل وقت و / أو دخل حقيقى تم صرفه على هذه الأنشطة .

إن الأنشطة الرئيسية بالمستشفى أو وحدة المجتمع يمكن تحليلها وتعريفها باستخدام نموذج المريض بمساندة أسلوب التحليل والتصميم الهيكلى (Structured Analysis and Design Technique) . إن هذه المنهجية يطلق عليها اسم (IDEF) من قبل أصحابها وتم استخدامها للمرة الأولى لنمذجة نشاط سلاح الجو الأمريكى (USAF) ، وباختصار فإنها تعتمد على فكرة أن أى نشاط يمكن نمذجته على الوجه الذى يوضحه الشكل رقم (٤-١٨) .

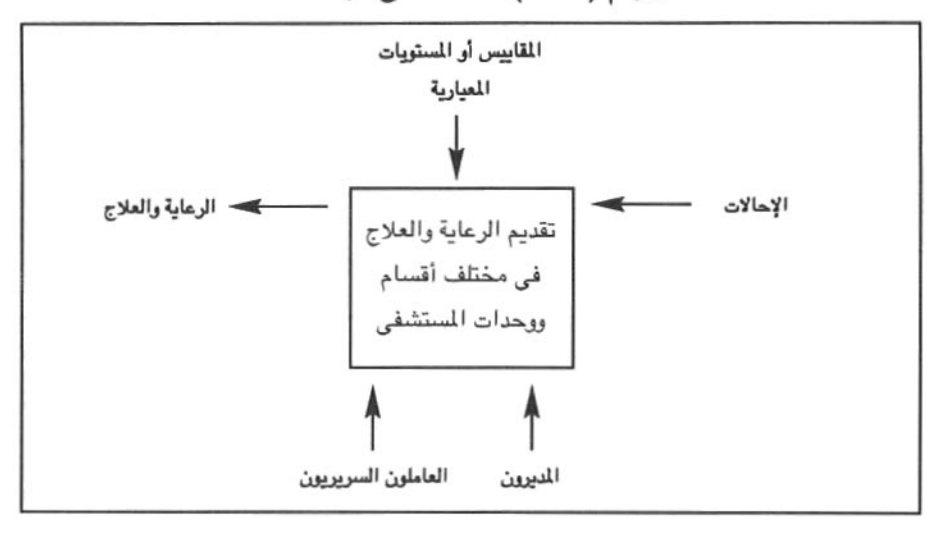
وعلى سبيل الإيجاز ، فإن المدخلات والمخرجات توضحان ما تم عمله بواسطة نشاط الرعاية الصحية ، فالرقابة توضح لماذا تم العمل ، والآليات توضح كيف تم العمل

وعن طريق مَنْ ؟ ! هذه الطريقة توضح القواعد أو الهيكل العام الذى يساعد فى إضافة المزيد من التفاصيل خلال مرحلة تحليل تكلفة الجودة . كما تسمح هذه المنهجية بتحديد المستويات المختلفة لتقديم الرعاية الصحية وربطها مثلاً بكل المستشفى ، أو إدارة المستشفى أو الإدارة السريرية (انظر الأشكال (٤-١٩) ، (٤-٢٠) ، (٤-٢١) ، (٤-٢٢) مع ملاحظة أنها لا تمثل أمثلة كاملة) .

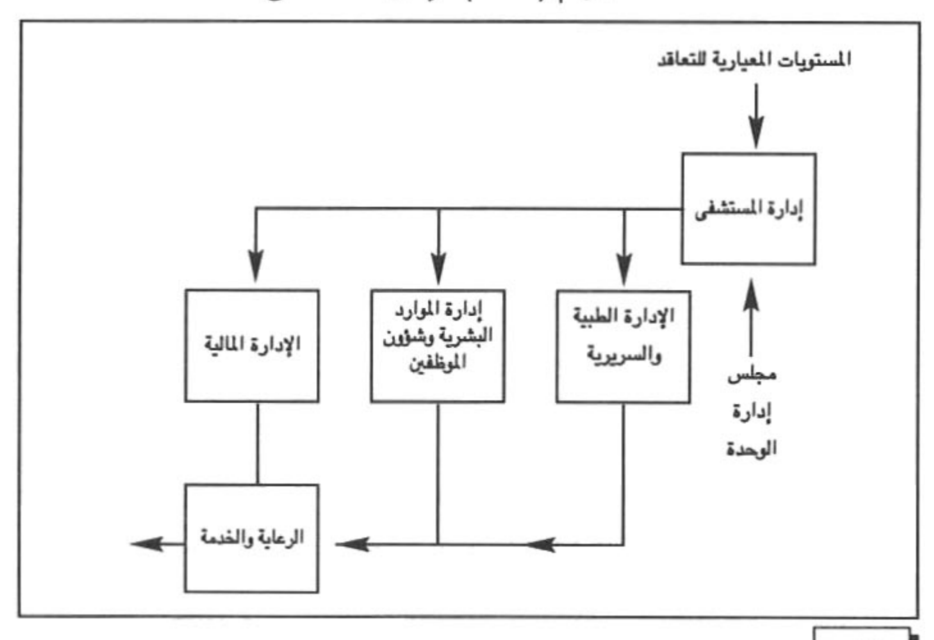
الشكل رقم (٤-١٨) أسلوب التحليل والتصميم الهيكلى (IDEF)



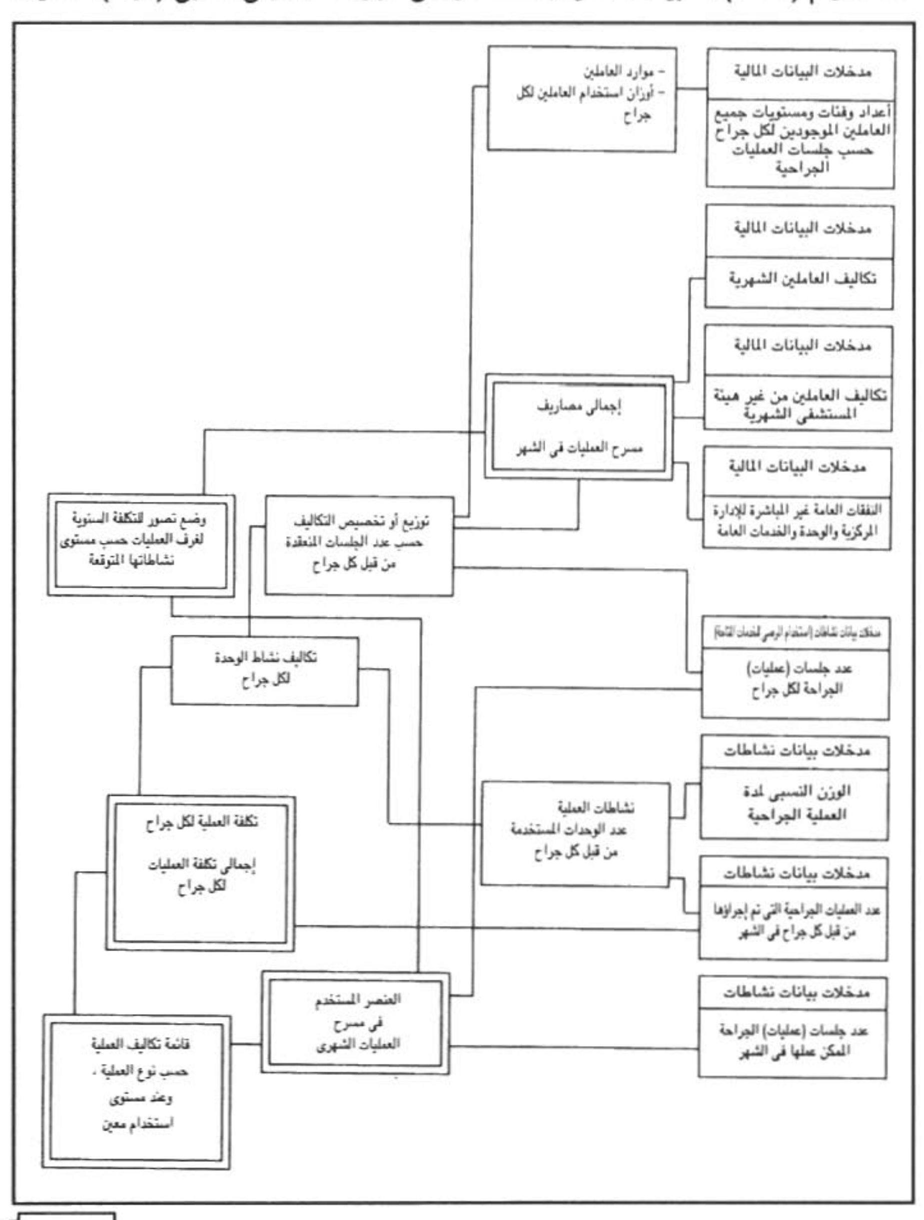
الشكل رقم (٤-١٩) : المستشفى كوحدة متكاملة



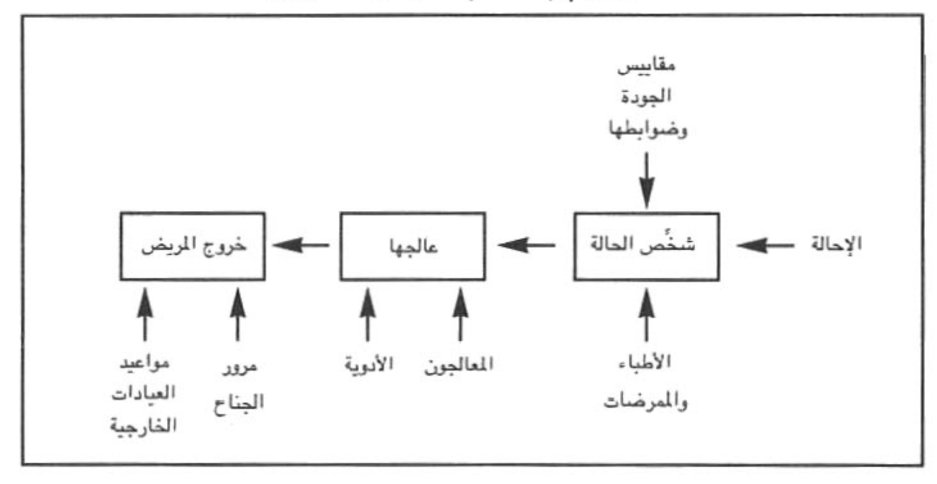
الشكل رقم (٤-٢٠) : إدارة المستشفى



الشكل رقم (٤-٢١) : البيانات المالية وأنشطة مرضى الجراحة : نموذج مسرح (غرف) العمليات



الشكل رقم (٤- ٢٢) : الإدارة السريرية



منهجية تكاليف الجودة :

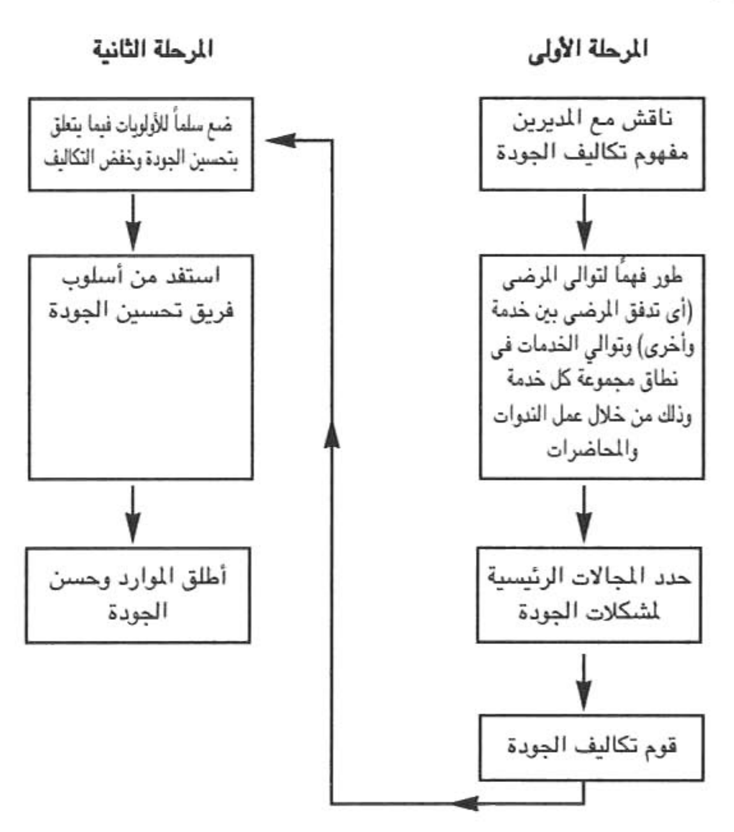
الأهداف :

١- رفع درجة وعى العاملين حول المسائل المتعلقة بالتكاليف والخدمات والتكاليف المرتبطة بالجودة المتدنية .

٢- تقييم مستوى تكاليف الجودة فى إطار الوحدة (الفشل الداخلى/الخارجى ، التفتيش ، الوقاية) .

٣- إنشاء أسلوب فريق تحسين الجودة لإطلاق الاستفادة من الموارد (الإطلاق النقدى وغير النقدى) .

المنهجية :



هذا ، ويمكن تحديد ووصف مستويات أخرى ، كما يمكن إرفاق تكاليف الجودة الخاصة بها باستخدام هيكل (*IDEF*) بصورة أكثر شمولية .

إن الطرق الأخرى التى يمكن من خلالها جمع المعلومات تشمل : المقابلات ، والمسوحات ، والاستبانات ، والملاحظة المباشرة . وكل وحدة منها تعطى معلومات ذات مستويات اعتمادية متباينة وكذلك الأمر بالنسبة لدرجة صلاحيتها وفائدتها . انظر الشكلين (٤-٢٣) و (٤-٢٤) .

الشكل رقم (٤-٢٣) : جدول مجالات القضايا أو المشكلات

مجال القضية أو المشكلة	زمن الإحداث	تكلفة الفرصة البديلة	العلاج أو الحل	الوقت المطلوب	تكلفة الإجراء	العائد أو المردود النسبى
عيادة العلاج الطبيعى الخارجية						
ترحيل السجلات القديمة أو إتلافها						
تجهيزات ومرافق قسم التغذية						
تمويل *Coshh*						
إدارة السكرتارية ودعمها بالسكرتيرات التنفيذيات						
اختيار وتعيين الموظفين الجدد						

الشكل رقم (٤-٢٤) : العناية بتسكين الآلام وتخفيفها

مجال القضية أو المشكلة	النتائج أو الآثار	الوقت/الهدر/ دوام العاملين الإضافى المحدث (فى السنة)	تكاليف الفرص البديلة	الإجراء التصحيحى أو الحلول	الوقت المطلوب	تكلفة الإجراء	العائد أو المردود النسبى
١- الاستقبال غير كاف لرعاية العميل	- غياب نظام فرز المكالمات حسب أهميتها - تولى الممرضات الإجابة عن المكالمات - تكوين انطباع سيئ من قبل العملاء من المرة الأولى - ضياع وقت السكرتيرة فى التفتيش	وردية عمل مدتها ٣ ساعات لكل ممرضة					
٢- قيام الممرضات بأداء الأعمال الإدارية والكتابية	- الإجابة عن الهاتف الانشغال بأعمال الحسابات والأعمال الإدارية الأخرى ذات الصلة بنشاطات الإدارة	وردية عمل مدتها أربع ساعات					
٣- استخدام خدمات المغاسل الخارجية	عدم الثقة بالخدمة الموجودة - ارتفاع تكلفة الخدمة الموجودة - الحاجة إلى بياضات إضافية		- تكلفة تحسين الخدمة (٦٠٠٠) جنيه سنويًا - تكلفة زيادة عدد البياضات (٦١٠٠) جنيه سنويًا				

تابع – الشكل رقم (٤-٢٤) : العناية بتسكين الآلام وتخفيفها

مجال القضية أو المشكلة	النتائج أو الآثار	الوقت/الهدر/ دوام العاملين الإضافى المحدث (فى السنة)	تكاليف الفرص البديلة	الإجراء التصحيحى أو الحلول	الوقت المطلوب	تكلفة الإجراء	العائد أو المردود النسبى
٤- التموين المهدر	- طعام ردىء - طعام غير مقسم أو مجزأ بصورة جيدة - غير جذاب - خيارات محدودة - تناول العاملين لوجبات إضافية	- طعام مهدر - هدر فى وقت أعضاء هيئة التمريض	- تكلفة الطعام المهدر (٣٦٠٠) جنيه سنويًا - وقت أعضاء هيئة التمريض المهدر (١٢٠٠٠) جنيه سنويًا				
٥- الاستخدام غير المناسب لمعرضات "ماكميلان"	- تقييم المرضى . - الاجتماعات داخل الوحدة . - الإحالات المتأخرة . - التخطيط السيئ .	وقت المرضيين الضائع يبلغ ٧٥٪ بما يعادل دوام ممرضتين	٢٠٠٠٠ جنيه *NCR*				- تحسن فى رعاية المريض . - تحسن فى العمليات . - رؤية عدد أكبر من المرضى من أفراد المجتمع .
٦- الجدولة غير المناسبة للعيادات النهارية	- إحالات غير مناسبة . - ازدحام المكان . - غياب المراجعة للرعاية المقدمة .			عقد لمدة ١٢ أسبوعًا			رؤية المزيد من الأشخاص

معاناة العاملين من عدم توفر الوقت اللازم للأنشطة التقويمية :

كنتيجة لمسح العاملين فى مستوى أو آخر فى الوحدة ، فإن تحليل المعلومات المجمعة سوف يظهر التالى :

- أن مجالات عدم التوافق عديدة ، ويمكن لها ، فى بعض الحالات أن تؤدى إلى تكاليف باهظة (بعض الأمثلة على مثل هذا يوضحها الشكل رقم ٤-٢٥) .
- أن الوقت المخصص لعمليات الوقاية والتقويم (وخاصة الأخير) لا يكون دائماً ظاهراً وواضحاً ويتباين كثيراً بين وحدة وأخرى .
- أن الاستثمار الظاهر غير الكافى للوقت يحدث فى أنشطة الوقاية وإلى حد ما فى أنشطة التقويم .
- العاملون يواجهون صعوبات فى الحصول على إذن للوقت الذى تحتاج إليه أنشطة التقويم والوقاية ، وخاصة إذا اتضح أن هذه الأنشطة ستبعدهم عن الرعاية المباشرة وأنشطة الخدمة .
- الوقت الذى يحتاج إليه النشاط التقويمى يتباين كثيراً اعتماداً على مدى وضوح النشاط المراد تقويمه .

ومن حالات عدم التوافق التى تم تحديدها ، فإن الأمر يحتاج إلى اتخاذ قرار بشأن كيفية الاستمرار فى المزيد من تحليل التكاليف . كما أن بنود عدم التوافق الرئيسية تحتاج إلى المزيد من التحليل (انظر الأشكال ٤-٢٦ إلى ٤-٢٨) فيما يتعلق بما يلى :

- المزيد من القياس الدقيق لحالات تكرار عدم التوافق .
- مجموعة العاملين ذات الصلة .
- الأثر الرئيسى لعدم التوافق / ومشكلة الجودة المتصلة به .
- الوقت الموظف / عدد العاملين / الدرجة .
- الآثار المحتملة فيما يتعلق بالتكاليف .

الشكل رقم (٤-٢٥) : نموذج أنشطة غير متوافقة

- موقف السيارات .
- العيادات الخارجية - حالات التخلف عن حضور موعد المراجعة .
- متطلبات الوجبة (للمنومين بالمستشفى) .
- أوقات الاستجابة للصيانة .
- غرف العمليات / التنسيق والاتصال مع عاملى نقل المرضى .
- توافر أدوية ومستحضرات وأدوات غرف العمليات .
- مدى وضوح الكتابة على لاصق علبة الدواء لجهة إرشادات تناول الدواء .
- استخدام المضادات الحيوية .
- الاتصالات الداخلية المتردية .
- المعلومات المالية غير المناسبة .
- توفير الوجبات الغذائية خلال وردية الليل .
- الاستخدام الخاطئ للخدمات التشخيصية .
- التأخير فى نقل العينات .
- التأخير فى نقل المرضى لقسم الأشعة .
- ضياع السجلات الصحية .
- نظم مواعيد تتسم بعدم كفاءتها .
- معدلات العدوى الناشئة عن المستشفى .
- الضغوط الشديدة فى المستشفى .
- مخزون غير كافٍ لجناح التمريض .
- التأخير فى تخريج المرضى .
- معدلات عالية لترك العمل عند المديرين .
- المزيج المهارى لأعضاء هيئة التمريض .
- الاستدعاء الزائد لطلبات الفحوص المخبرية .
- الشكاوى .
- الدعاوى المرفوعة ضد المستشفى أو أعضائه العاملين .
- المرض الوراثى .

الشكل رقم (٤-٢٦) : تحليل المشكلة

المشكلة	العاملون ذوو الصلة	الأثر الرئيسى	الوقت المهدر الناجم عن هذا الأثر	التكلفة
ضغوط العمل الشديدة الناشئة فى المستشفى	الممرضات	زيادة مدة بقاء المريض فى المستشفى	كل ١٥٠-٢٠٠ حالة ضغط عمل ناشئة عن المستشفى فى السنة تتسب فى زيادة مدة بقاء المريض فى المستشفى لمدة أربعة أيام إقامة إضافية فيه	٣,٥ جنيه فى المتوسط العلاج الإضافى

الشكل رقم (٤-٢٧) : تكاليف تدنى (فشل) الجودة - فى مجال الصحة العقلية للمسنين

الصحة العقلية للمسنين	تكاليف تدنى (فشل) الجودة			
مجال القضية أو المشكلة	النتيجة/الأثر	تكلفة الفرصة البديلة سنوياً		المشكلة
		NCR	CR	
١- إطالة مدة بقاء المريض فى المستشفى (بسبب مشكلة الوضع الاجتماعى)	- الموارد المهدرة . - الانتظار أو الرحيل / وسائل راحة تؤمن الخصوصية . - مريض لكل جناح باستمرار . ٠,٥ لكل مريض بكل جناح نقاهة .			
٢- الإدخال غير المناسب للمستشفى (بسبب عدم ملاءمة المساندة الكافية من المجتمع)	- الموارد المهدرة . - معدل الإدخال يساوى ٠,٥ حالة إدخال للسرير الواحد .			

تابع – الشكل رقم (٤–٢٧) : تكاليف تدنى (فشل) الجودة – فى مجال الصحة العقلية للمسنين

الصحة العقلية للمسنين	تكاليف تدنى (فشل) الجودة			
مجال القضية أو المشكلة	النتيجة/الأثر	تكلفة الفرصة البديلة سنوياً		المشكلة
		NCR	CR	
٣– عدم الحضور فى الموعد المحدد فى المستشفى النهارى (حجز ٢٥ مكاناً بما يشكل من ١٠–٢٨٪ من الحالات التى ترد إلى المستشفى النهارى)	– هدر فى الوقت المخصص لمواعيد الجلسات المخصصة للمسنين . – التسبب فى عدم انتظام البرامج أو تعطيلها . – زيادة حالات الدخول للمستشفى النهارى . – وقت الدورات لكل ليلة . – وقت الإسعاف . – تكاليف الإعاشة .			
٤– الازدواجية فى التقييم من قبل فريق الصحة العقلية للمجتمع				
٥– قيام المرضات بأداء واجبات تتصل بأعمال كتابية	– تعادل ساعة واحدة كل يوم لكل وحدة .			
٦– أنماط تنظيمية غير مرنة لأعضاء هيئة التمريض	– انخفاض فى مستوى استمرارية الرعاية والعامل الرئيسى . – تدنى درجة رضاء العاملين .			

الشكل رقم (٤-٢٨) : تكاليف تدنى (فشل) الجودة - فى مجال خدمات المجتمع العامة

خدمات المجتمع العامة	تكاليف تدنى (فشل) الجودة			
مجال القضية أو المشكلة	النتيجة/الأثر	تكلفة الفرصة البديلة سنوياً		المشكلة
		NCR	CR	
١- بيانات استخدام خدمات مستشفى المجتمع : أ - سبعة أسرة إضافية مدفوعة الأجر (حاليًا غير مستغلة) . ب - معدلات استخدام منخفضة للمستشفى النهارى .	- ستدفع الوحدة المزيد من التكاليف الرأسمالية مقارنة بالمنطقة المساعدة وذلك لتأمين التكاليف الكاملة لهذه الأسرة وليس التكاليف الهامشية . - حاليًا معدل الاستخدام هو يومان قابلان للزيادة إلى ثلاثة أيام . - فى ظل معيار الاستخدام المتبع فى المستشفى النهارى والمتمثل فى يومين لكل مسن هناك هدر فى الموارد يصل إلى ٤٠٪ من معيار الاستخدام المتبع .			
٢- عدم الحضور فى الموعد المحدد وحالات إلغاء المواعيد .	- التسبب فى تعطيل أوقات النشاطات السريرية أو انتظام أوقات تقديمها .			
٣- ترتيبات سيئة لمواقف السيارات	- إضاعة وقت العاملين . - عدم رضا المريض .			
٤- جمع المعلومات	- وقت مهدر . - انخفاض معنويات العاملين .			

تابع – الشكل رقم (٤–٢٨) : تكاليف تدنى (فشل) الجودة – فى مجال خدمات المجتمع العامة

خدمات المجتمع العامة	تكاليف تدنى (فشل) الجودة			
مجال القضية أو المشكلة	النتيجة/الأثر	تكلفة الفرصة البديلة سنوياً		المشكلة
		NCR	CR	
٥– إظهار غير نموذجى لمزيج العاملين تبعًا لمختلف فئاتهم ومستوياتهم المهارية	– ازدواجية فى الوقت المهدر .			
٦– تدنى فى إخراج المرضى اللاحق . استخدام ممرضات المنطقة (أى من المستشفيات المركزية الكبيرة)				
٧– عمل فريق متعدد التخصصات وإدارة الوقت (فى المجالين السريرى وغير السريرى)	– إهدار للوقت وتركيز أقل على الإجراءات العملية .			

إن الدراسات الأولية فى العديد من الوحدات التى تقدم خدمات الرعاية فى المملكة المتحدة أشارت إلى أن التكاليف التقريبية للجودة ، أى التكاليف المرتبطة بتدنى الجودة أو فشلها ، غالباً ما تمثل ما بين (١٠–٢٠٪) من الميزانية التشغيلية . وهذه النسبة تقع فى الحدود التى تتوافر فى الشركات الكبيرة الأخرى . ولكن يجب إضافة أنه من المحتمل أن تكون إجمالى تكلفة عدم التوافق حوالى ضعف إجمالى تكلفة عدم التوافق الرئيسية التى يمكن تحديدها بسهولة . وقد يكون من المناسب فى هذه المرحلة من مراحل تطبيق نماذج تكاليف الجودة فى الوحدات الصحية أخذ الحذر عند تقدير الوفورات المحتملة من المعاملات المتصلة بإطلاق (تحرير) النقد . ورغم ذلك فإن الأهداف المتحفظة تترجح بين (١–٥٪) مع إمكانية تحقيق وفورات أكبر فيما يتعلق بوقت العاملين والذين لا يعملون بالكفاءة المطلوبة حالياً .

تكاليف الجودة – الخطة العملية :

يجب اتباع الخطوات التالية من قبل الوحدات المقدمة للخدمة للتأكد من الحصول على الفوائد القصوى فى الجودة والتكلفة عند استخدام أسلوب تكاليف الجودة .

- حلل تدفق المرضى للرعاية والخدمة .
- حدد المجالات الرئيسية لعدم التوافق .
- حلل وادرس بالتفصيل كل وحدة من مجالات عدم التوافق .
- ارفق/اربط التكاليف المترتبة بكل مجال (الوقت المهدر/الدخل المستخدم) .
- حلل التكلفة الفعلية كنسبة الدخل فى كل مجال .
- طور فرق تحسين الجودة لخفض عدم التوافق والتكلفة .
- طور نظماً لمعلومات تكاليف الجودة .
- أجْرِ الاتصالات اللازمة مع العاملين المختصين لإخطارهم بالخطوات السبع المشار إليها أعلاه .
- حاول الحصول على أفكار بشأن التحسين والتطوير من العاملين .
- حدد تكاليف الاستثمار (إذا وجدت) لتحقيق التحسن .
- عين ودرب فريقًا لتحسين الجودة للمساهمة فى حل المشكلات : المسبب/الأثر ، ... إلخ .
- قسم التكاليف إلى : وقاية ، تقويم ، وفشل ، وابحث فى سبل التركيز على الوقاية ؛ وذلك لخفض تكاليف التقويم والفشل .
- حدد المسؤوليات بشأن قياس تكاليف الجودة ، وتحديد أهداف التحسين ، ومراقبة التقدم/الأداء .

- اعترف بالنجاح فيما يتعلق بخفض عدم التوافق وإطلاق وقت العاملين و/أو الموارد وقدره واجْزِ عنه .

- استخدم التقرير الأول حول تكاليف الجودة والمراجع اللاحقة له .

استنتاجات (ملخصات) :

يجب النظر إلى تكاليف الإنتاج وما يترتب عليها من خفض للتكاليف فقط فى إطار التزام إدارى كامل حول تحسين الجودة وعمليات إدارة الجودة الشاملة . وكنتيجة لتطويع والاستفادة من بعض الأفكار التى تتضمنها تكاليف الجودة يمكن وضع أهداف واقعية وكذلك مقابلتها . إن الاهتمام بالتدريب فى مجال تكاليف الجودة مهم لجعل العاملين أكثر قدرة على فهم الدلالات المالية للتدريب .

تكاليف الجودة كجزء أساسى لتطوير خدمة الرعاية الصحية :

إن التكلفة النسبية للزيادة التدريجية فى أنشطة الوقاية والتقويم المتصلة بإدارة الجودة ، ووضع ومراقبة المستويات المعيارية ، والمراجعة والتدريب على رعاية العملاء - يجب أخذها فى الاعتبار وربطها بالتكاليف الحالية أو تكاليف خفض تدنى الجودة أو تكاليف عدم التوافق .

فى هذه المرحلة ، وفى بداية تطوير وتطبيق أدوات ووسائل وثقافة إدارة الجودة فى نظام الخدمة الصحية الوطنية (فى بريطانيا) ، فإن تكاليف الجودة تعتبر جزءًا أساسيًا للحفاظ على تطوير خدمة رعاية صحية متميزة .

إن أحد مخاطر التعامل مع تكاليف الجودة بتفاصيل شديدة يتمثل فى أن المديرين سينشغلون بالدقة أكثر من اهتمامهم بقضايا الجودة/التوافق نفسها . ومن المحتمل أن (٢٠٪) من المتغيرات تكون مسؤولة عن (٨٠٪) من تكاليف الجودة . وعليه فإن التركيز على البنود الرئيسية لعدم التوافق سيعطى أفضل النتائج/العوائد على الجهد

المبذول . إن متوسط تكاليف الجودة المحدد بـ (١٠-٢٠٪) من دخل التشغيل يعنى أنه فى الوحدة المتوسطة هناك حوالى (١/١٠) من الطاقة الإضافية تصرف على إنتاج الهدر والممارسة المتدنية الكفاءة . وعليه فهناك ربط مباشر بين تحسين الجودة والعمليات ؛ لذا يمكن تحويل تكلفة الجودة التى تترجح بين (١٠-٢٠٪) إلى استخدام إنتاجى - من خلال إدارة الجودة الشاملة - ويمثل ذلك هدفاً معقولاً .

وقد أشير إلى أن غالبية الوقت المخصص للجودة يصرف على تصحيح أخطاء حدثت ، بمعنى أنها تعمل فى إطار الفشل (Failure mode) . إن وفورات التكلفة الكبيرة : أى التخفيض فى تكاليف تدنى الجودة يمكن الحصول عليها إذا تم التعامل مع الوقاية بشكل أكثر جدية . إن المراجعة السريرية والطبية وأساليب إدارة الجودة الشاملة الأخرى تهدف إلى منع حدوث المشاكل من خلال ما يلى :

- الإدارة فى الوقت المناسب .
- تخفيض وإبعاد العمليات الزائدة .
- التخلص من العيوب والخلل .

تكاليف التفتيش والوقاية :

للتذكر فهناك ثلاثة أقسام لتكاليف الجودة هى :

- تكاليف الوقاية .
- تكاليف التقويم .
- تكاليف عدم التوافق .

هذا ، وقد تمت معالجة القسم الأخير من هذه التكاليف أعلاه والذى يمثل الجزء الأكبر من تكاليف الجودة .

تكاليف الوقاية :

إن المقابلات مع المديرين غالبًا ما تشير إلى وعيهم بالحاجة إلى نشاط يتصل بالوقاية / تحسين الإنتاجية . وعلى الرغم من ذلك ، فإن السائد فى إطار الخدمة الصحية الوطنية هو عدم سهولة إتاحة الوقت اللازم للقيام بهذا النشاط . فى أوساط الإدارة الوسطى ورؤساء الأقسام فإن مفهوم / قضية الوقاية مفهومة ولكن ليس هناك وقت كافٍ للقيام بها .

من الواضح أن تكاليف الوقاية ليست كبيرة . وهى تشمل الوقت الذى يصرف على الأنشطة التالية :

١- التخطيط الإستراتيجى للجودة الشاملة .

٢- تنفيذ مبادرات الجودة الشاملة الرئيسية :

أ) فرق تحسين الجودة : التدريب والاجتماعات .

ب) إيجاد مستويات أو ضوابط للجودة وآليات للمراقبة والمتابعة .

ج) تكاليف الجودة .

د) معلومات التغذية المرتدة من العميل .

هـ) التدريب (لأغراض تحسين الجودة) .

٣- المراجعة الطبية والتمريضية والسريرية .

٤- نصائح الاستشارات الخارجية .

تكاليف التفتيش والتقويم :

رغم وجود تفهم لهذا النمط من التكاليف ، إلا أن عدم توفر الوقت الكافى على مستوى الإدارة العليا والمتوسطة ورؤساء الأقسام يزيد من تعقد مفهوم (وبالتالى تطبيق) تفتيش ومراقبة أداء العاملين من المهنيين أو الاحترافيين المتخصصين . وهذا التعقيد يمكن أن يقل بزيادة تصميم واستخدام أفكار وممارسات تتصل بوضع ومراقبة المستويات المعيارية وإدارة العقود . هذا ، وتتلخص الأنشطة الرئيسية تحت هذا العنوان (كما توضحها الأشكال من ٤-٢٩ إلى ٤-٣٥) فى التالى :

١- المراجعات لمجالات سريرية محددة .

٢- الإشراف على العقود المماثلة لعقود الفنادق .

٣- الرقابة على أنشطة العدوى .

٤- مراقبة وقياس أداء العاملين .

٥- مراجعة قوائم الصحة والسلامة .

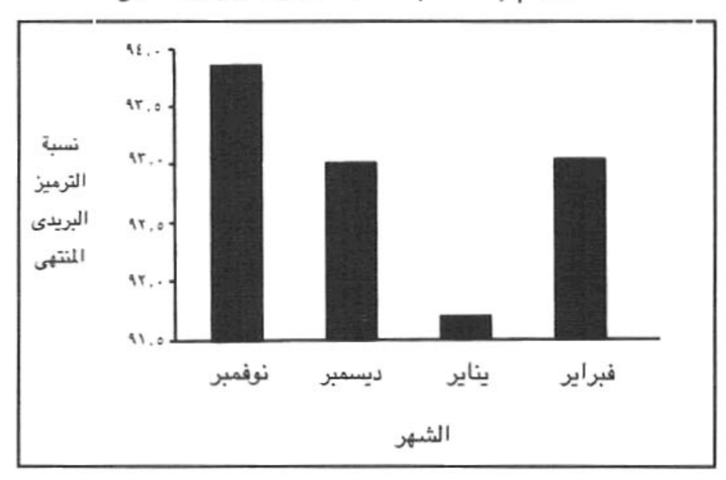
الشكل رقم (٤ – ٢٩) : نتائج مراقبة جميع العيادات الجراحية التى انعقدت خلال فترة الدراسة

المقياس (أو المعيار)	الاستشارى			
	أ	ب	ج	د
تم إرسال خطابات الشكر فى معدل :	٩ أيام	٢ يومان	غير مبين	غير مبين
أوقات انتظار مواعيد الحالات غير العاجلة كانت فى حدود :	٣ أسابيع	١٤ أسبوعًا	٤ أسابيع	١١ أسبوعًا
تم إعطاء إشعار مواعيد الحالات غير العاجلة خلال مدة :	٣ أسابيع	١٤ أسبوعًا	٤ أسابيع	١١ أسبوعًا
نسبة الذين تغيبوا عن مواعيدهم كانت :	٪٥	٪٧،٥	٪٧،٩	٪٥،٤
نسبة المواعيد التى تم تغييرها للمرضى من قبل المستشفى بلغت :	٪١٠	٪٢،٤	٪١٠	٪١٦
معدل التأخير فى بدء دوام العيادة بلغ :	٢٢دقيقة	١٠ دقائق	١٥دقيقة	٩ دقائق
نسبة نتائج الفحوص والاختبارات غير المتوافرة :	٪٢،٨	٪٠،٠	٪٠،٠	٪٠،٠
نسبة الملفات (أو بطاقات السجل الطبى) غير المتوافرة عند بدء العمل فى جميع عيادات الجراحة ترجحت بين :	٪٢-١،٥٪	٪٤-٢،٥	٪٠،٠	٪٢-٠،٥
معدل التأخير بعد دوام العيادة بلغ :	٢٤ دقيقة	٣٥ دقيقة	٥ دقائق	٣٥ دقيقة
نسبة المرضى الذين تم مشاهدتهم من قبل الاستشارى :	٪٢٨	٪٤٧	٪١٠٠	٪٥٠
تم طباعة التقارير الطبية ذات الصلة بملخص حالات المرضى فى معدل زمنى قدره :	٦ أيام	٥ أيام	٣ أيام	٤ أيام
بيانات افتراضية				

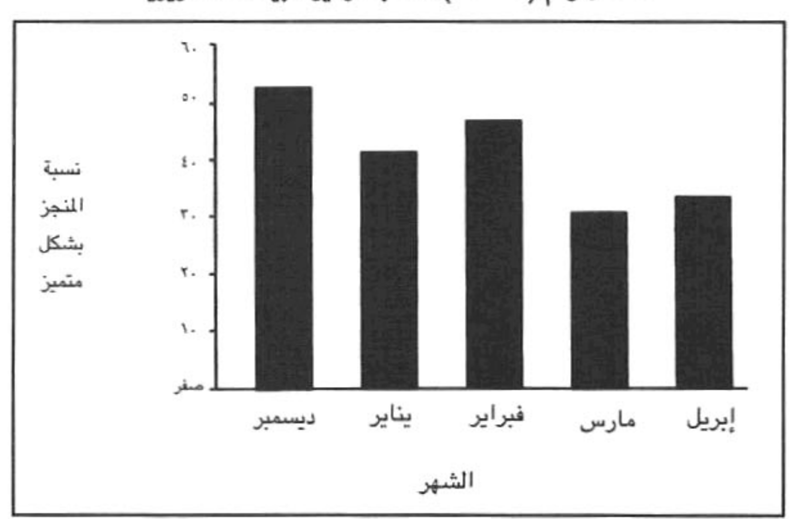
الشكل رقم (٤ – ٣٠) : دراسة مسحية للنقل

أوقات التجميع والتوصيل إلى موقع (×)	الهدف المباشر	الإثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
عدد المرضى .	٠٠٪	(١)	(٦)	(١)	–	–
نسبة الذين تم توصيلهم حسب الهدف المباشر بنسبة صفر مئوية قبل الساعة التاسعة والربع .		٩,١٪	٣١,٦٪	٩,٥٪	–	–
عدد المرضى .	٧٨٪	(٩)	(١٣)	(١٢)	(١١)	(١٣)
نسبة الذين تم توصيلهم حسب الهدف المباشر بنسبة (٧٨٪) بين الساعة التاسعة والربع والساعة العاشرة والربع .	٧٨٪ أو أكثر	٨٢٪	٦٠٪	٧٠٪	٧٣٪	٩٢,٩٪
عدد المرضى .	٢٢٪	(١)	–	(٤)	(٤)	(١)
نسبة الذين تم توصيلهم حسب الهدف المباشر بنسبة (٨٪) بعد الساعة الرابعة والربع مساءً .	٢٢٪ أو أقل	٩٪	–	٢٣,٥٪	٢٦,٦٪	٧,١٪
عدد المرضى .	٤٤٪	(٣)	(١٥)	(٥)	(٨)	(٦)
نسبة الذين تم نقلهم حسب الهدف المباشر بنسبة (٤٤٪) قبل الساعة الثالثة والربع من بعد الظهر .	٤٤٪ أو أقل	٢٧,٢٪	٨٠٪	٢٩,٤٪	٥٠٪	٤٠٪
عدد المرضى .	٤٨٪	(٥)	(٤)	(٦)	(٨)	(٧)
نسبة الذين تم توصيلهم حسب الهدف المباشر بنسبة (٤٨٪) بين الساعة الثالثة والربع والساعة الرابعة والربع من بعد الظهر .	٤٨٪ أو أكثر	٨٢٪	٦٠٪	٧٠٪	٧٣٪	٩٢,٩٪
عدد المرضى .	٨٪	(٣)	–	(٦)	–	(٢)
نسبة الذين تم توصيلهم حسب الهدف المباشر بنسبة (٢٢٪) بعد الساعة العاشرة والربع .	٨٪ أو أقل	٢٧,٢٪	–	٣٥,٣٪	–	١١,٧٦
– عدد المرضى الذين لم يتم توصيلهم إلى موقع (×) هو :						
– عدد المرضى الذين لم يتم نقلهم إلى موقع (×) هو :						

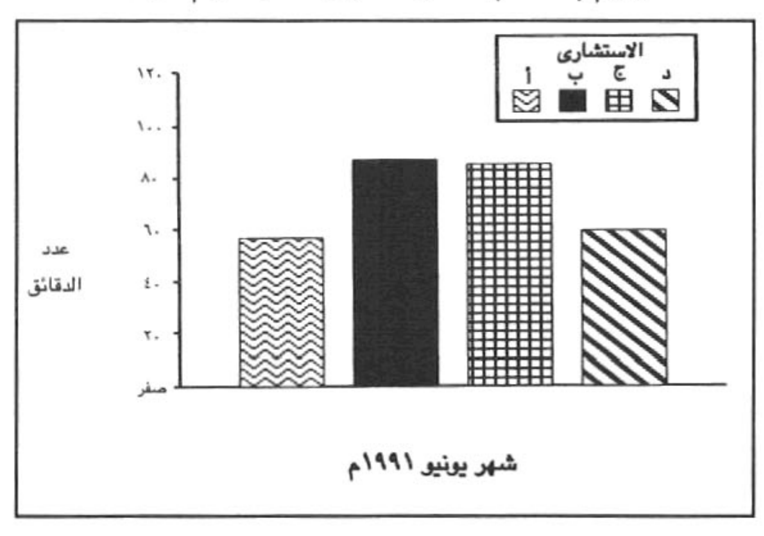
الشكل رقم (٤ - ٣١) : نسبة الترميز البريدى المنتهى



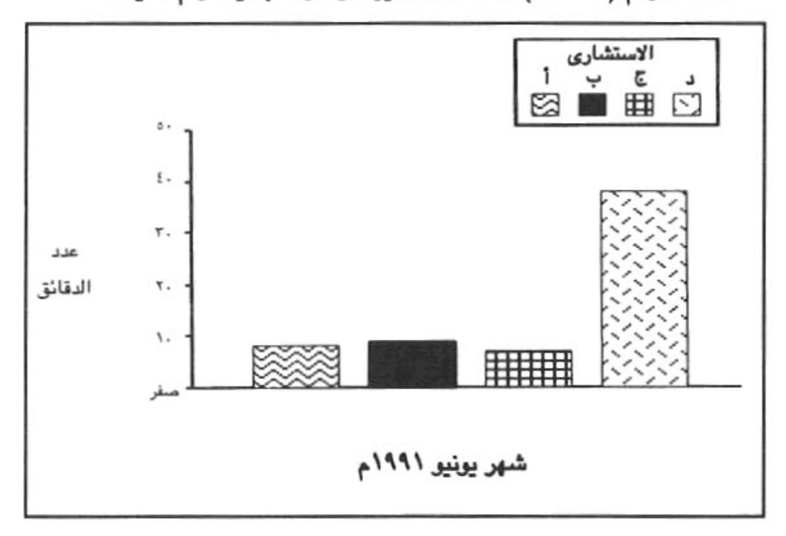
الشكل رقم (٤ - ٣٢) : نسبة ترميز البيانات السريرية



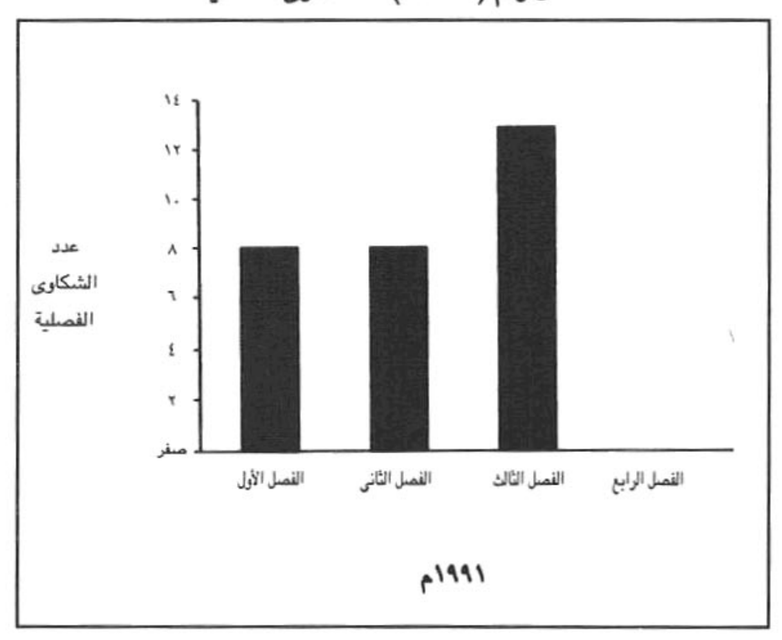
الشكل رقم (٤ - ٣٣) : معدل التأخير بعد انتهاء دوام العيادة



الشكل رقم (٤ - ٣٤) : معدل التأخير عن موعد بداية دوام العيادة



الشكل رقم (٤ - ٣٥) : الشكاوى الفصلية



الفصل الخامس

تخطيط الجودة وتحديد مؤشراتها

إطار تخطيط الجودة - الجزء الأول : نموذج ماكسويل :

فى مستشفى " نورث ويك بارك Northwick Park " بمنطقة هارو " Harrow " وعقب تطوير هيكل الإدارة السريرية (كما تشير دراسة كوش و تشابمان Koch & Chapman ، 1991) ، والذى يعتبر الآن أكثر الهياكل الإدارية تطبيقًا على نطاق الخدمة الصحية الوطنية (NHS) ، فإن تنفيذ تخطيط الجودة ومراقبتها أضحت تعد المصدر الأساسى لأكثر الأطر البناءة والتى فى نطاقها يمكن أن تعمل الإدارات السريرية والتمريض ومديرو الأعمال بصورة فعالة .

لقد أفضت الندوة الأولية التى ضمت كبار المديرين والسريريين إلى تطوير إطار يمكن من خلاله فحص مسألة الجودة على نطاق الوحدة .

وبصورة متزامنة مع تطوير إطار فحص الجودة ، ناقشت هذه الندوة المسائل التى رغبت الجهات العميلة الرئيسية ، تحديداً سلطة " هارو الصحية " ، أن تراها ضمن أجندة (برنامج عمل) الجودة المحلية وهى :

١- مدى مناسبة العلاج والرعاية .

٢- الخدمات الفعالة .

٣- الخدمات المقبولة .

٤- الخدمات التى يمكن الحصول عليها .

٥- تقدير خدمات العاملين .

٦- البيئة الآمنة .

٧- القدرات الإدارية .

٨- المراجعة الطبية والسريرية .

٩- الالتزام بالسياسات الخارجية والقوانين والممارسات المقبولة .

١٠- الحدود الدنيا لأوقات الانتظار وقوائم الانتظار .

وقد ألقى على عاتق مستشفى " نورث ويك بارك Northwick Park " كمورد أساسي لسلطة هارو الصحية مسؤولية التأكد من أن خطتها للجودة قد احتوت الأنشطة والمعلومات التى تتأكد من خلالها سلطة هارو الصحية من توفير رعاية تتميز بارتفاع الجودة .

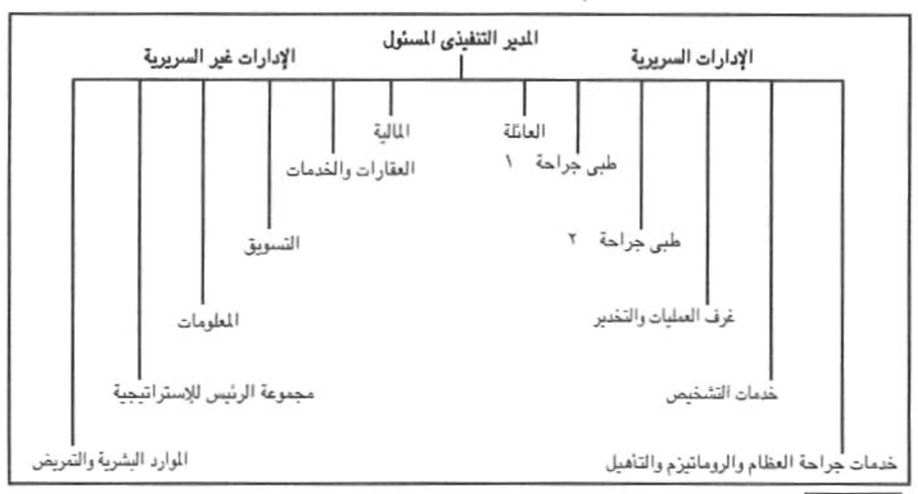
إطار خطة الجودة لمستشفى " نورث ويك بارك " :

إن مستشفى " نورث ويك بارك " ملتزم بتوفير خدمات سريرية ذات مستويات جودة رفيعة تقابل متطلبات المرضى والعملاء الآخرين ، كما تم توضيحها فى العقود التى أعطيت للمستشفى من قبل سلطة هارو الصحية .

ولكن لتحقيق هذه الرسالة ، فإن المطلوب هو إيجاد أسلوب هيكلى منتظم تجاه مسائل الجودة ، على أن يضمن هذا الأسلوب ، أيضاً ، إرضاء توقعات سلطة " هارو الصحية " المشمولة فى مواصفات المشترى (المستفيد من الخدمة) .

ولكن ماذا يعنى هذا فى أرض الموقع ؟ كنتيجة للحلقات الدراسية الداخلية التى عقدت مع كبار المديرين تم الاتفاق على أن الخدمات ذات الجودة المرتفعة يجب النظر إليها على أنها تتضمن الأفكار التكاملية التالية مع إيجاد تعريف عملى لكل منها . (انظر الشكل رقم ٥-١ والشكل رقم ٥-٢) .

الشكل رقم (٥-١) : الهيكل التنظيمى للإدارة



١- يجب أن تتصف الخدمات بما يلى :

- إمكانية الوصول .
- الفاعلية .
- القبول .
- المناسبة لكل من : المريض ، المستفيدين ، ووزارة الصحة .

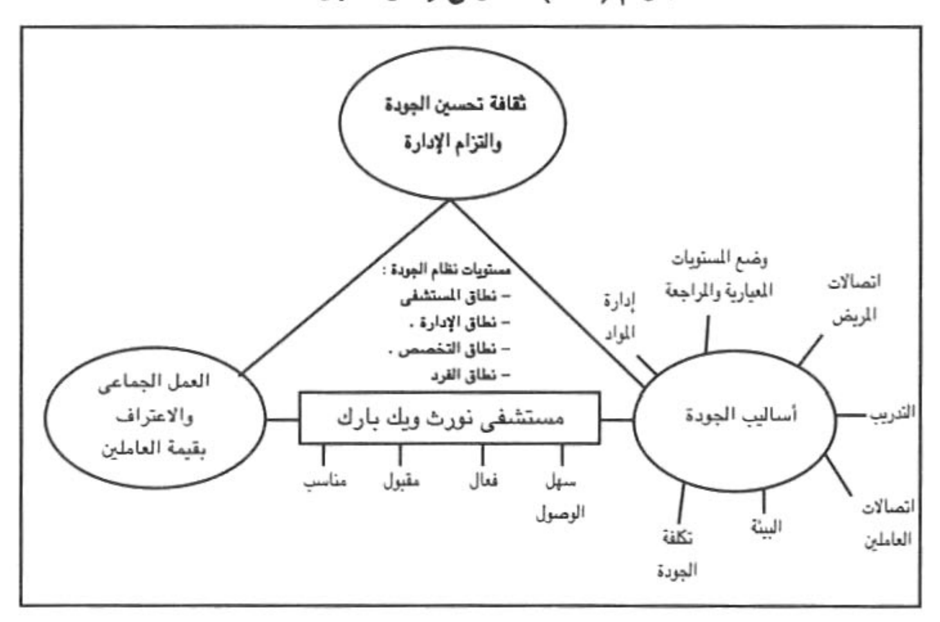
٢- يجب أن تكون الخدمات منظمة مع توافر مدخلات الجودة المناسبة من حيث :

- التزام الإدارة الواضح ، والقيادات والقدرات .
- العمل الجماعى مع الاعتراف بقيم العاملين وقيمتهم .
- تطبيق وسائل الجودة : المراجعة السريرية ، وضع المستويات المعيارية ، المعلومات ، المراقبة ، الاتصالات .
- المراقبة وتحديد مستوى الأداء بالمقارنة مع مواصفات العقد مع العمل على تقليص المواصفات غير المتوافقة .

٣- يجب النظر إلى جودة الخدمات عبر أربعة مستويات هى :

- نطاق المستشفى .
- نطاق الإدارة .
- نطاق التخصص / النطاق السريرى .
- نطاق الفرد من العاملين .

الشكل رقم (٥-٢) : نموذج لإدارة الجودة الشاملة



تحدد خطة الجودة عدداً من المكونات لتقديم الخدمة والتى يحتاج إليها كل مستشفى وكل إدارة ؛ وذلك للتأكد من اهتمامه بها والتى تقدم وفقاً لمستويات محددة ومقبولة . وهذه المكونات تم حصرها ضمن ثلاث مجموعات هى :

١- تقديم الرعاية للمريض .

٢- الوسائل / الأنظمة .

٣- العمل الجماعى وقيمة العاملين التى تشمل :

- الثقافة والالتزام .

- التميز فى النطاق التخصصى .

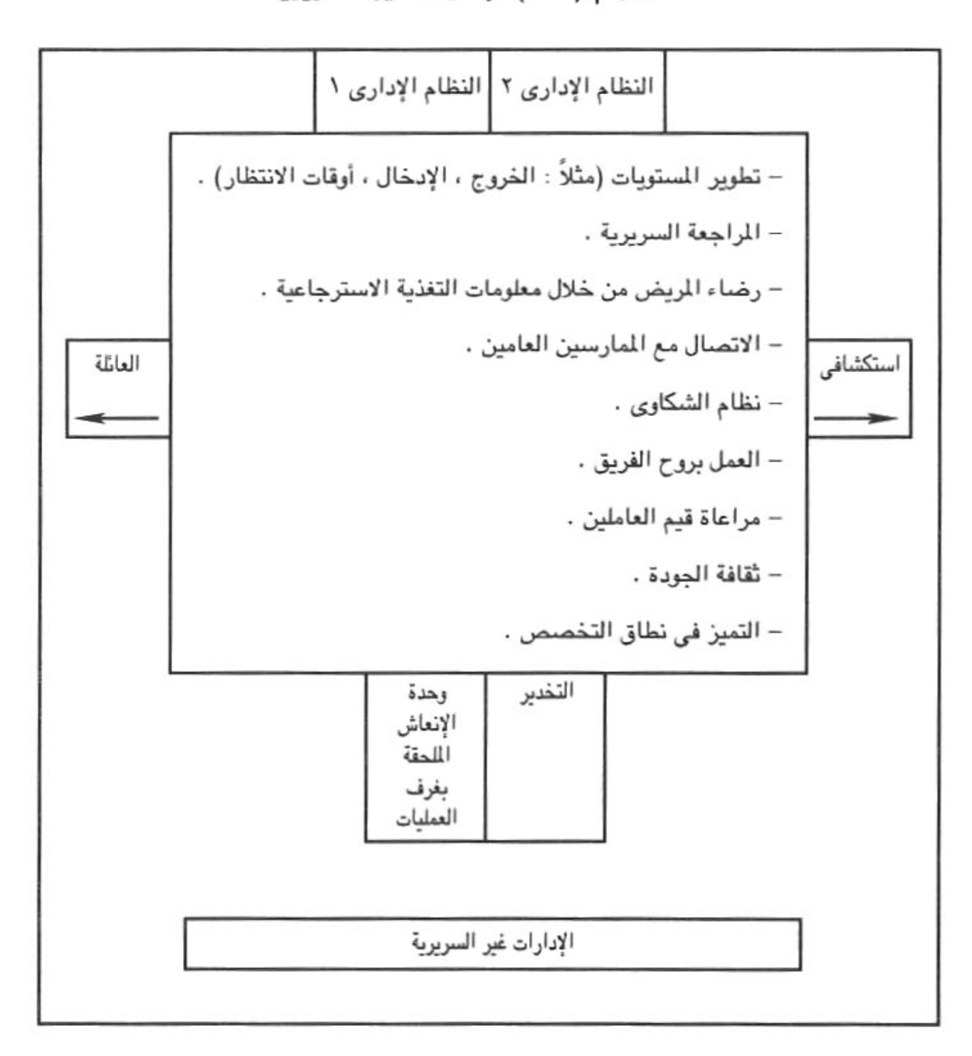
(انظر الأشكال : ٥-٣ ، ٥-٤ ، ٥-٥) .

الشكل رقم (٥-٣) خطة الجودة على نطاق المستشفى (الرعاية السريرية)

القسم ١ : تقديم الرعاية / الخدمات للمريض .

الملاءمة	القبول	إمكانية الوصول	الفاعلية	المتطلبات القانونية وغير القانونية	أنظمة ووسائل الجودة	العمل الجماعي وتقدير جهود العاملين
- سياسات العيادات الخارجية - سياسات الدخول - سياسات الخروج - الاتصالات مع الأطباء الممارسين - الاتصال مع الجمهور - سياسات الاحتياجات الخاصة - سياسات الإدارات العملية - مستويات العاملين بالإدارة - استخدام نظام التوظيف المؤقت / الوكالة عمالة متراكمة	- أنظمة المعلومات الارتجاعية من المرضى - نظم الشكاوى - علاقات العملاء ورعايتهم - سرية معلومات المرضى	- أوقات الانتظار للعيادات الخارجية - وقت الانتظار بقسم التنويم - إمكانية الوصول للمعاقين	- البروتوكولات السريرية - التعرف على الدعاوى القضائية الطبية - تقارير المراجعة - توثيق وقائع المريض - تخطيط الرعاية الفردية	- الالتزام مع التطلبات النظامية ١-الصحة والسلامة ٢- صحة البيئة ٣- احترازات الحرائق وإجراءات الطوارئ ٤- الحماية من الإشعاع ٥- مراقبة المواد الخطرة والتحكم فيها ٦- مذكرات وزارة الصحة حول السلامة ٧- سياسة التوظيف ٨- قانون حماية البيانات ٩- قانون الأطفال ١٠- قانون أسلوب الصحة العقلية الالتزام بالمتطلبات غير النظامية التي تشمل : أ- سرية معلومات المريض ب- التحكم في العدوى جـ- تخطيط الحوادث الكبيرة د- قانون الأطفال هـ- سياسة الخروج و- حوادث العاملين ز- الشكاوى ح- السياسات بشأن : - التدخين -الأكل الصحي - الكحول ... إلخ . ط- COSSH ى- الصحة والسلامة ك- قانون التوظيف	- إستراتيجية إدارة الجودة وخطة التنفيذ - خطة وضع المستويات المعيارية - خطة الاتصالات - خطة علاقات العملاء - خطة معلومات التغذية الاسترجاعية من المرضى - مواصفات الجودة للعقود بالإضافة إلى خطة المراقبة - خطة خفض تكاليف الجودة - خطة الإدارة للتخطيط للجودة - نظم المراجعة السريرية : أ- المراجعة المتخصصة للجوانب السريرية ب- المراجعة الطبية جـ- المراجعة التمريضية هـ- مراجعة الخدمات السريرية - نظم المراجعة غير السريرية أ- الخدمات الفندقية ب- الإدارة	- الاتصالات مع العاملين - تطوير العاملين - تطوير فرق العمل - برنامج الإبداع والتأثير - تخطيط الجودة للإدارة

الشكل رقم (٥-٤) الإدارات غير السريرية



الشكل رقم (٥-٥) مواضيع من خطة إدارة واحدة

مواضيع من خطة إدارة واحدة :

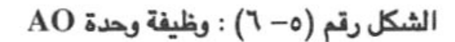
القسم ١ : تقديم الخدمات

الملاءمة	القبول	الفاعلية	القسم ٢ : نظم الجودة وأساليبها	القسم ٣ : العمل الجماعى وقيم العاملين
- سياسات العيادات الخارجية - سياسات الدخول - الرعاية النهارية - سياسات الخروج - الاتصال مع الأطباء الممارسين - مدى إمكانية وصول الممارسين العامين للخدمة	- نظم التغذية الاسترجاعية من المريض - نظم الشكاوى - المعلومات المكتوبة والشفهية للمريض - الاستجابة للجماعات الاجتماعية - البيئة الطبيعية - وقت الانتظار للحالات التخصصية فى العيادات الخارجية - وقت الانتظار للاستشارات بقسم التنويم	- البروتوكولات التخصصية للجوانب السريرية - بروتوكولات الرعاية المشتركة	- وضع المستويات المعيارية - اتصالات العاملين	- العمل الجماعى - خطة الجودة - التميز فى نطاق التخصص

تخطيط الجودة - الجزء الثانى : نموذج الرسم البيانى

مع الخبرة التى تولدت من تطوير واستخدام الأبعاد التى تضمنها نموذج " ماكسويل " والعوامل المرتبطة بالإدارة / وإدارة الجودة الشاملة ، فإن تخطيط الجودة قد تم تطويره ليس باشتماله على هذه العوامل الأساسية فقط ، بل عن طريق وضع هذه العوامل فى واقع ومجال أسلوب تتبع المريض بيانياً .

إن التخطيط المنتظم ، والاستثمار فى التوضيح السريرى وغير السريرى لعمليات الرعاية والإدارة يبدو مفيداً فى تسجيل (itemise) سلاسل الأحداث والأنشطة التى تجرى بصورة محددة وواضحة ومختصرة . إن الرسومات البيانية للمراحل الأساسية للأنشطة السريرية والإدارية تعتبر طرقاً مفيدة لجهة النظر إلى جودة عمليات الرعاية الصحية . وتعد هذه العملية للكثيرين وخاصة فى بعض المجالات السريرية المعقدة مثل العلاج النفسى ، الاستشارات ، الحالات الخطرة Terminal cases عملية غير مريحة ، ولكنها من الناحية العملية تعد مفيدة عندما نقوم بمحاولة رسم تتابعى لمراحل علاج المريض التى تشمل الأنشطة التى تمت له . هذا ويساعد الرسم البيانى الفرق الفردية فى فهم العمليات - بصورة أفضل ، كما أنها تؤدى إلى تعاون الفريق فى تحديد مجالات تحسين الخدمة . إن المراحل الأساسية لتقديم الرعاية الصحية يوضحها الشكل رقم (٥-٦) كوظيفة وحدة (AO) .

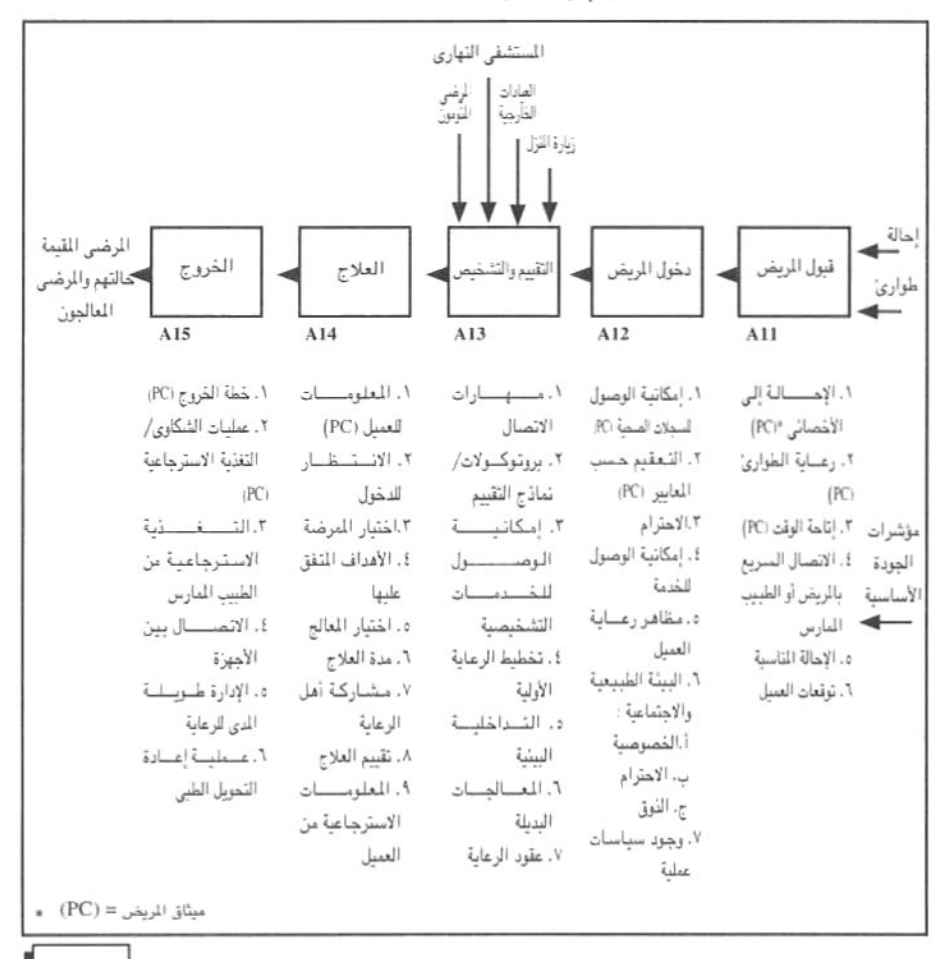

الشكل رقم (٥- ٦) : وظيفة وحدة AO



وكما يتضح من الشكل السابق يدخل المريض إلى نسق نظام الخدمة (مثلاً : المستشفى ، العيادة) إما كإجراء روتينى أو طارئ محولاً من الطبيب الممارس ، ويخرج منه وقد تم تقييم حالته ، وعلاجه .

هذا ويظهر الشكل رقم (٥–٧) (تحليل النشاط السريرى فى موقع أ) توضيحًا آخر للاستفادة من الرسوم البيانية فى مجال التخطيط للجودة .

الشكل رقم (٥ –٧) الأنشطة السريرية A1



ومن الرسم السابق يمكن تتبع كافة العمليات السريرية ووضعها فى إطار ، وكذلك المتوفرة فى تسهيلات الخدمة الصحية الوطنية .

وفى ظل مثل هذا الإطار التتبعى فإن السؤال الملح هو : ما هى القضايا أو المسائل أو المؤشرات التى تعكس النقاش حول الجودة فى وحدة معينة . هذا الأمر يمكن الاستعلام عنه من عدة مصادر ، هى :

١- تجربة العاملين بالوحدة حول قضايا الجودة .

٢- متطلبات المشترين .

٣- مبادرات وزارة الصحة (ميثاق المريض مثلاً) .

٤- معايير الأداء/ السلوك كما تحددها الأجهزة الاحترافية .

وفيما يتعلق بتجربة العاملين فإن قضايا الجودة يمكن أن ترتبط بمسائل مثل :

١- العمليات الأساسية (على سبيل المثال : عمليات إدخال المرضى وإخراجهم من المستشفى) .

٢- العمليات الصعبة مثل اتفاقية تشمل قواعد متعددة أو قرارات طبية تمريضية .

٣- المشاكل المتغيرة - مثل النظام الخاص باستبدال عظمة الفخذ لمريض والوقت اللازم لذلك .

إن تعريف وتحديد مؤشرات الجودة هذه تعتبر خطوة أساسية باتجاه تطوير برنامج لإدارة الجودة سمح بتوافر عنصرى المسؤولية والتركيز .

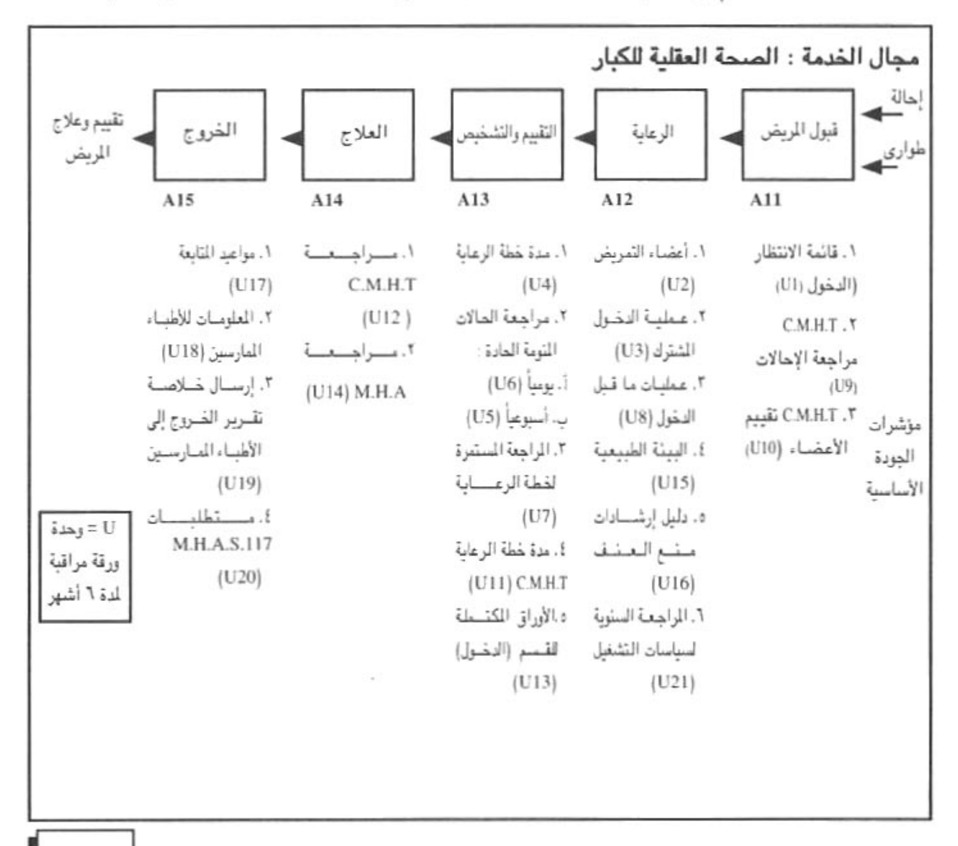
وبالعودة إلى الشكل رقم (٥-٧) ، يتضح عدد المؤشرات التى استخدمت فى الشكل رقم (٥-٦) المستخدمة فى مستشفى " نورث ويك بارك Northwick Park " والتى يمكن إعادة صياغتها لتعبر عن النشاط السريرى فى تتبع المريض (على مستوى الوحدة) بين خدمة وأخرى ، وكذلك بالنسبة لتتبع المريض فى مجالات بعض الخدمات الخاصة - على سبيل المثال : فى مجال خدمات الصحة العقلية للكبار (الشكل رقم ٥-٨) ، وخدمات إعاقات التعلم (الشكل رقم ٥-٩) ، وخدمات الصحة العقلية للمسنين (الشكل رقم ٥-١٠) . ونشير إلى أن ما توضحه هذه الأشكال يمثل إيضاحات عملية فقط ؛ إذ ليس المقصود منها أن تكون بأى حال نهائية أو شاملة .

إن الرموز المستخدمة (كما عبر عنها فى دراسة : -Aylesbury Vale Com munity Health Care NHS Trust, 1992) هى كما يلى :

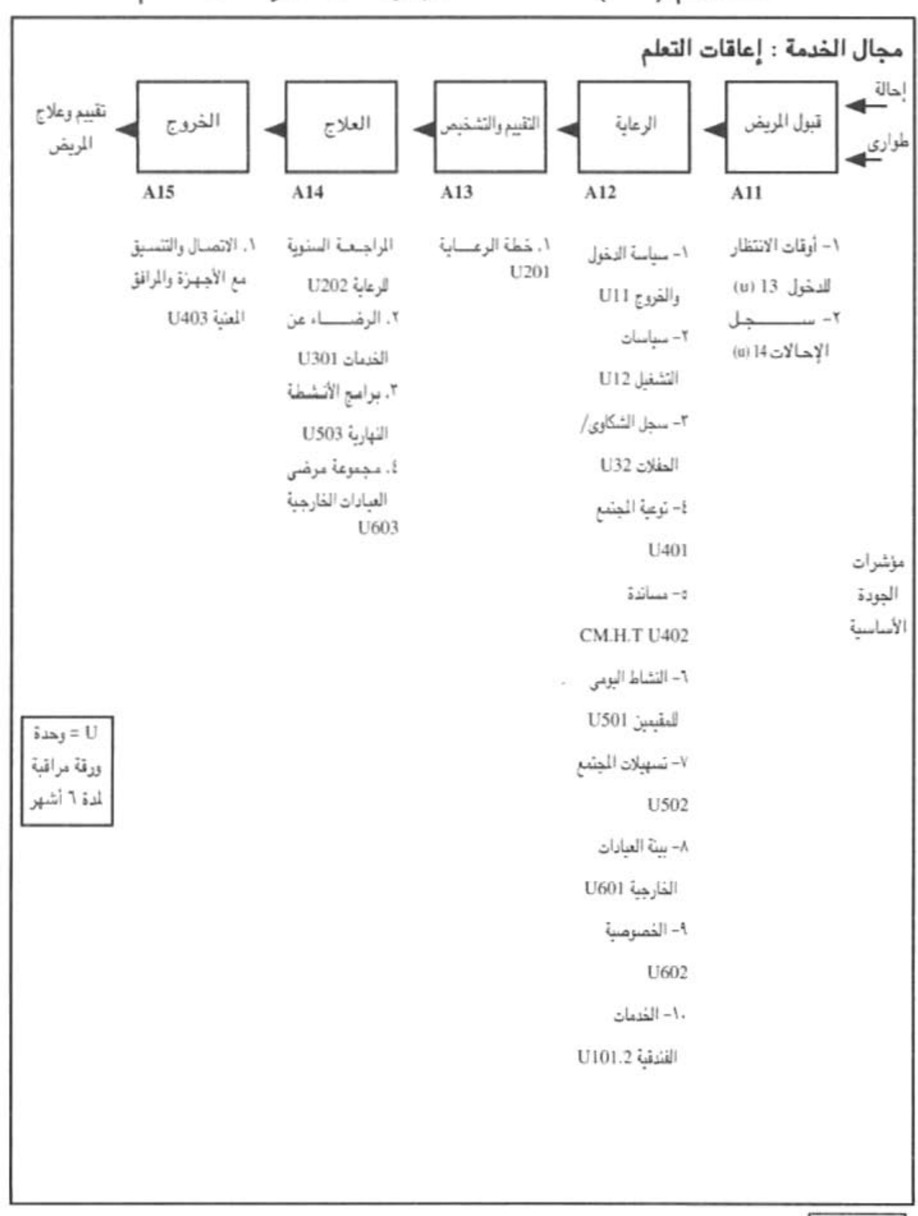
ميثاق المريض		Patient Charter. PC
متطلبات المشترى	p	Purchaser
متطلبات الوحدة كما هو ناتج من الخدمة ذاتها	U	Unit

إن كل واحدة من حالات تتبع المريض عبر النشاطات السريرية للخدمات آنفة الذكر يمكن فحصها بصورة أكثر تفصيلاً ، وذلك بالرجوع إلى الأشكال من (٥-١٢) إلى (٥-١٦) .

الشكل رقم (٥-٨) : النشاط السريرى فى خدمات الصحة العقلية للكبار



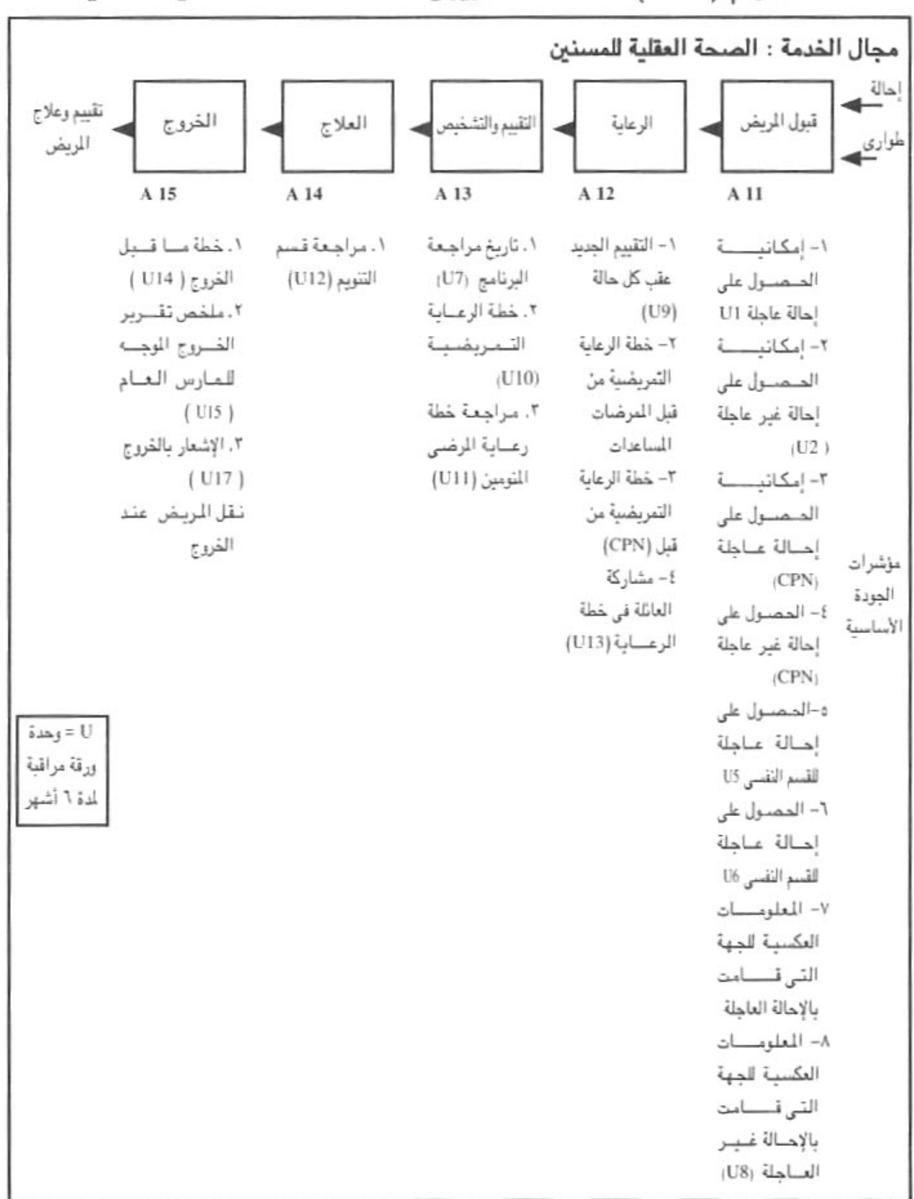
الشكل رقم (٥-٩) : النشاط السريرى : خدمات إعاقات التعلم



الشكل رقم (٥-١٠) : النشاط السريرى : خدمات إعادة التأهيل الطبيعى

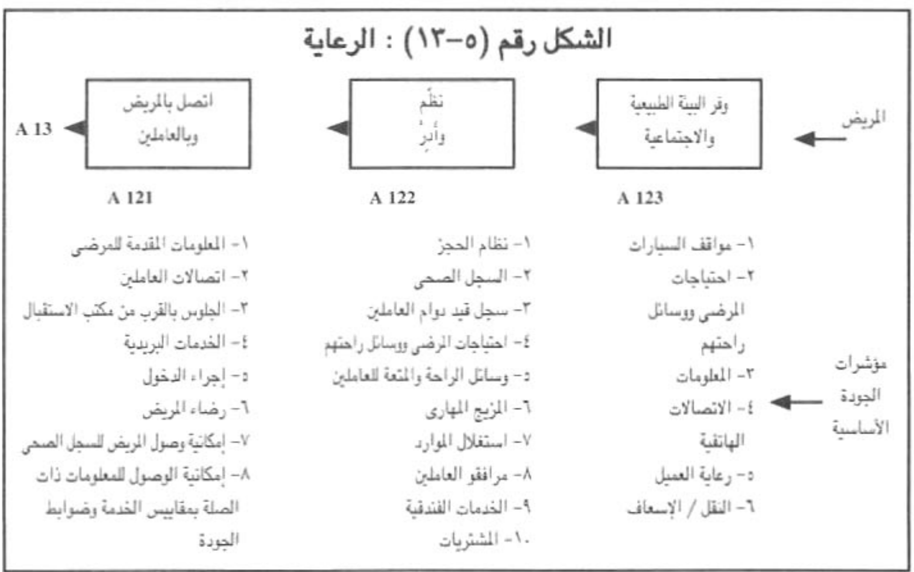


الشكل رقم (٥-١١) : النشاط السريرى : خدمات الصحة العقلية للمسنين





الشكل رقم (٥-١٢) : قبول المريض
إحالة (كتابة / أو بالهاتف)
طوارئ
اقبل المريض
قيّم مدى ظروف حالته
أرسل المواعيد
حافظ على الاتصال
أرسل معلومات ماقبل المواعيد
اربط بالرعاية والتقييم
A 12
A 111
A 112
A 113
A 114
A 115
A 116
مؤشرات الجودة الأساسية
١- الاتصال بكل من الطبيب الممارس والمريض
١- الرعاية الطارئة
١- ابدأ عملية الرعاية الصحية
٢- إدارة قائمة الانتظار
٣ - إحالة الحالة إلى الاستشارى
١ - معلومات العناية السريرية
٢ - معلومات قسم العيادات الخارجية
٣ - معلومات الترحيل والانتقال
٤ - معلومات حول مواقف السيارات
١ - إنشاء سجل صحى

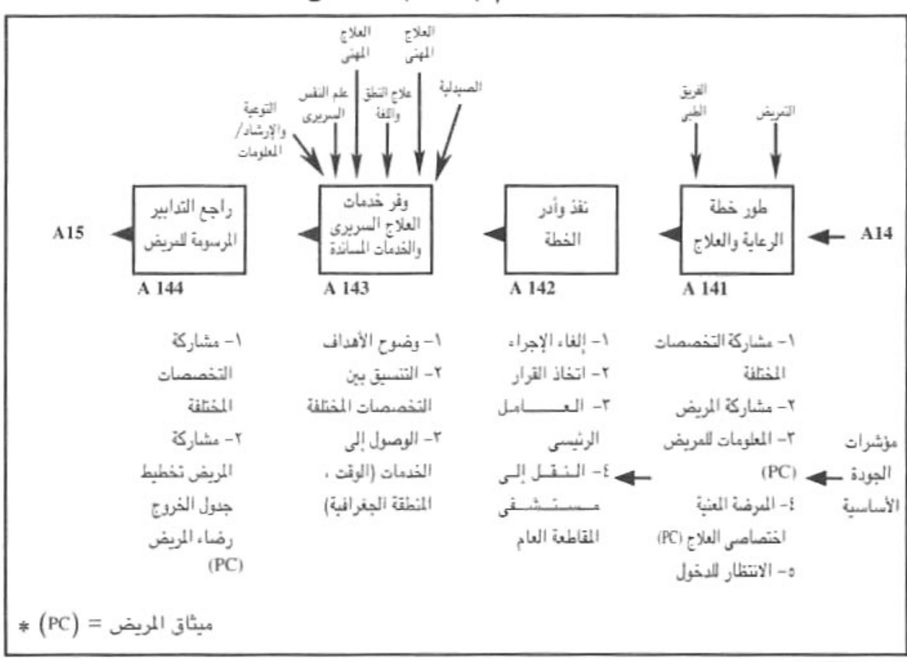


الشكل رقم (٥-١٣) : الرعاية
المريض
وفر البيئة الطبيعية والاجتماعية
نظّم وأدر
اتصل بالمريض وبالعاملين
A 13
A 123
A 122
A 121
مؤشرات الجودة الأساسية
١- مواقف السيارات
٢- احتياجات المرضى ووسائل راحتهم
٣- المعلومات
٤- الاتصالات الهاتفية
٥- رعاية العميل
٦- النقل / الإسعاف
١- نظام الحجز
٢- السجل الصحى
٣- سجل قيد دوام العاملين
٤- احتياجات المرضى ووسائل راحتهم
٥- وسائل الراحة والمتعة للعاملين
٦- المزيج المهارى
٧- استغلال الموارد
٨- مرافقو العاملين
٩- الخدمات الفندقية
١٠- المشتريات
١- المعلومات المقدمة للمرضى
٢- اتصالات العاملين
٣- الجلوس بالقرب من مكتب الاستقبال
٤- الخدمات البريدية
٥- إجراء الدخول
٦- رضاء المريض
٧- إمكانية وصول المريض للسجل الصحى
٨- إمكانية الوصول للمعلومات ذات الصلة بمقاييس الخدمة وضوابط الجودة

الشكل رقم (٥-١٤) : التقييم والتشخيص



الشكل رقم (٥-١٥) : العلاج

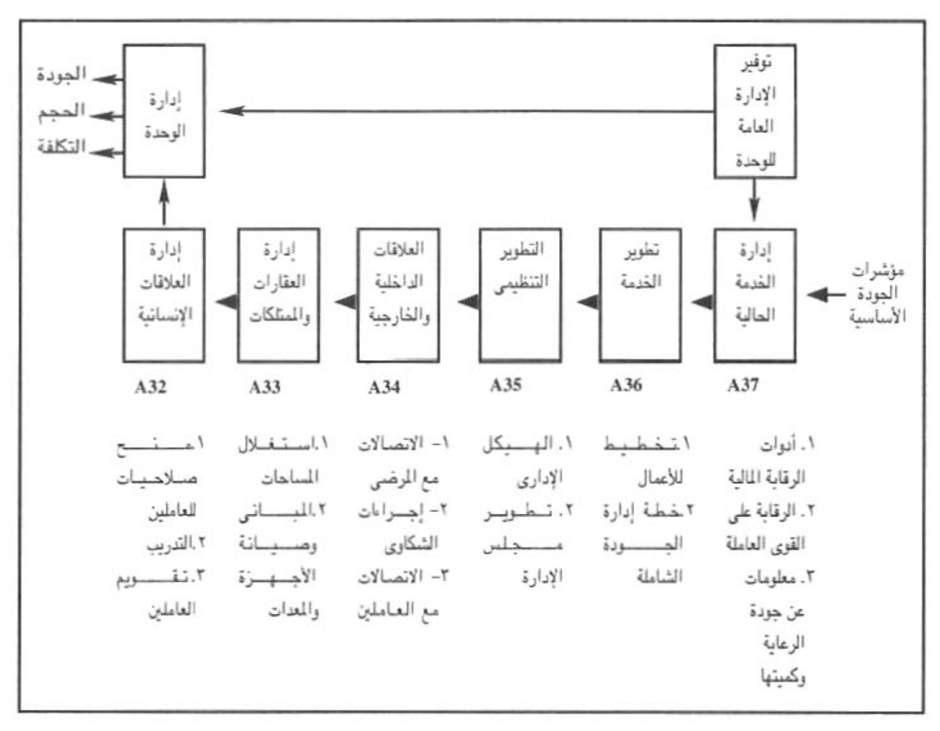


الشكل رقم (٥-١٦) : الخروج



وللبحث فى الخدمات المساندة غير السريرية ووظائف الإدارة بنفس الطريقة السابقة ، فإنها فى الحقيقة ليست قابلة للتطبيق أو عملية ؛ حيث إن أغلب الوظائف المساندة تنطبق على إحداثيات (وقائع) المريض ، أو حالة بقاء المريض فى إجمالها رغم أن الجوانب الرئيسية يمكن بالطبع ربطها بتتابع حالة المريض . وعلى الرغم من هذا ، ونظراً لكونها لا تعبر بشكل مطابق لحالة تتابع المريض ، إلا أن وظائف الإدارة يمكن تحديدها ، كما يمكن تحديد مؤشرات الجودة المرتبطة بها ، وذلك على النحو الذى يوضحه الشكل رقم (٥-١٧) .

الشكل رقم (٥-١٧) : إدارة الوحدة



وبالنظر إلى مجال الرعاية الطبية / السريرية بمزيد من التفصيل ؛ يتضح أنه قد تم تطوير نموذجين يمكن الاستفادة منهما وهما :

- نموذج تحليل المسار السريرى .

- نموذج التخطيط المشترك للرعاية .

وبالنسبة لتحليل الإدارة ، لعملية طبية أو سريرية ، فقد تمت الإشارة إليه فى دراسة " لونهامبت Lowenhaupt 1991 " التى اعتبرت هذه العملية مثل مسار سريرى قابل للبحث والتحليل . وهى تشمل جميع الجوانب ذات الصلة بالعملية السريرية قيد الاستقصاء . ومن أمثلتها : عملية تقييم المسار السريرى فى فترة ما قبل

إدخال المريض ، عملية تقييم المسار السريرى لتقنية أو أسلوب العملية الجراحية ، عملية تقييم المسار السريرى للخدمات التأهيلية .

ويتمثل الهدف لأى مسار سريرى فى الآتى :

- تقديم الرعاية بصورة مثلى .

- إرجاع المريض إلى منزله بأسرع وقت ممكن .

ولما أن المسار السريرى يستخدم أدوات إدارة الجودة الشاملة ، وذلك بتركيزه على عمل الجهاز الطبى لزيادة الإنتاجية أو جودة الرعاية الصحية ، فإنه يعد مثل آلية أو أسلوب مثالى لانخراط أفراد الجهاز الطبى فى عملية إدارة الجودة الشاملة .

من ناحية أخرى ، يعتبر قياس العمليات السريرية أمراً معقداً وشائكاً - والشكل رقم (٥-١٨) يوضح مثالاً على مسار سريرى لإجراءات ونشاطات التعامل مع حالات الالتهاب الرئوى . وهذا المثال يظهر اختلافات كبيرة لجهة تكلفة المستشفيات بين الأطباء فى الولايات المتحدة الأمريكية . وقد كشف التحليل الأولى مشاكل رئيسية منها :

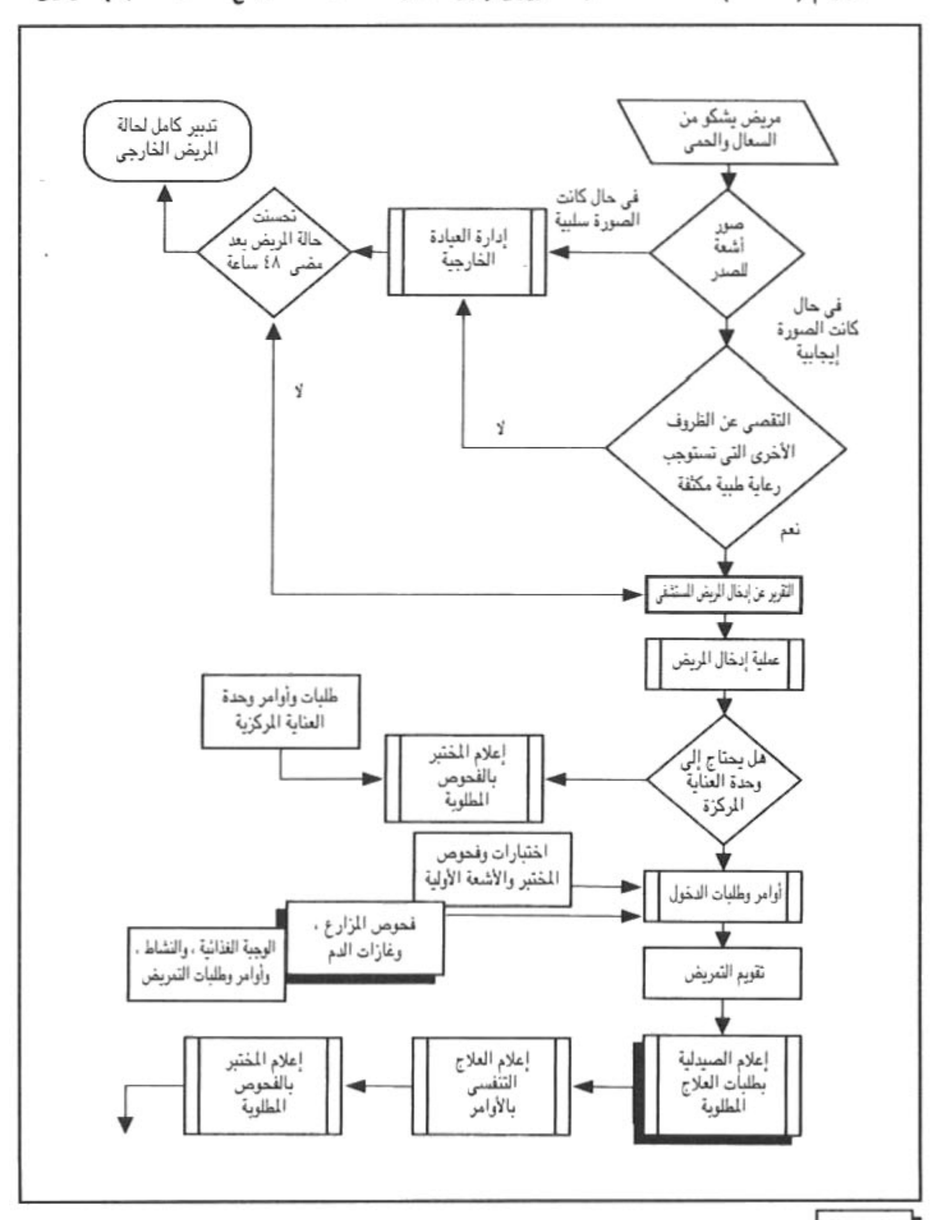
- التجميع المناسب والتداول السليم لعينات فحص البلغم .

- تحليل عينات الفحص الجرثومى لبيان أشكال البكتريا باستخدام الصبغات " Gram Stain " .

- إعطاء الجرعة الأولى من المضاد الحيوى فى الوقت المناسب .

- الإرشادات المتسقة للأطباء للتغيير إلى العلاج عن طريق الفم .

الشكل رقم (٥ – ١٨) : مخطط المسار السريري لإجراءات ونشاطات التعامل مع حالات الالتهاب الرئوى



يتمثل الحل فى مواجهة المشكلات آنفة الذكر فيما يلى :

- متابعة المستخدم لغرفة الطوارئ وممرضات الطابق فى الحصول على عينات البلغم وتداولها بشكل سليم .
- تدريب صغار الأطباء على التعامل السليم لحالات الالتهاب الرئوى .
- عمل إرشادات مكتوبة لكل وحدة طبية على حدة لجهة التعامل السليم مع حالات الالتهاب الرئوى .

النتيجة :

- خفض التكاليف .
- الزيادة فى جودة الرعاية الطبية المقدمة .

إن هذا المثال العام لتحليل محددات الجودة المتدنية فى العمل ، يمكن الاستفادة منه وتعديله وتطبيقه على العديد من المشكلات المرتبطة بأنواع تقديم الرعاية الصحية المختلفة سريرية كانت أم غير سريرية .

ولعله من الصعب عمل مخطط أو إعداد مسارات سريرية حتى بالنسبة للعمليات اليسيرة والتى تتسم بكونها :

- صحيحة .
- ليست يسيرة بدرجة كبيرة .
- شاملة .

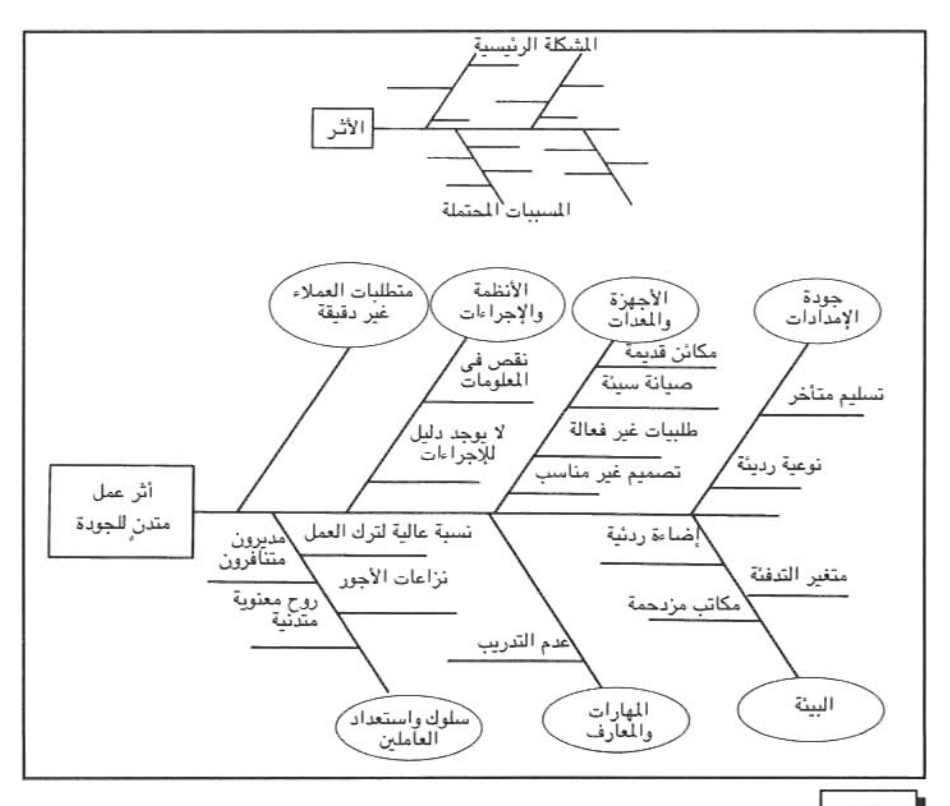
وكتباين آخر يمكن توضيح مخطط محدد عن طريق خارطة (كما أوضحت دراسة " أوكلا ند Oakland " عام ١٩٩١) حيث يسمح مثل هذا المخطط بفحص متعمق : للهدف / المكان / التتابع / المجتمع / والطريقة الخاصة بنشاط محدد ، حيث يؤدى إلى عمليات مثل : إلغاء / توحيد / إعادة ترتيب / وتبسيط هذا النشاط .

أما النموذج الثانى للتخطيط للجودة فهو نموذج " التخطيط المشترك للرعاية " والذى تم تطويره فى منطقة غرب " ميدلاند – Midlands " وقام بالكتابة عنه تحديداً

"هويتسن – Hewitson ". هذا النمـوذج يركـز على المريض ، وعلى الأسلوب ذى التخصصات المتعددة لتخطيط الرعاية والذى تم تفصيله لمقابلة احتياجات المرضى الفردية . ويتطلب هذا النموذج قيام كل فرد من العاملين بمراجعة الممارسة الراهنة ، وتحديد نوعية تدخل الرعاية المطلوبة ، وذلك لتحقيق النتائج المرجوة . والشكلان (٥–٢٠ و ٥–٢١) يوضحان مثالين لاستخدامات هذا النموذج .

على صعيد آخر ، يمكن الحصول على المزيد من التخطيط المتعمق لمشاكل الجودة فى أى من الأساليب التى أشرنا إليها سابقًا باستخدام إدارة "تحليل عظم السمكة Fishbone Analysis " كما تم توضيحها فى الشكل (٥–١٩) . وهذه الأداة معروفة جيداً فى حل المشكلات التى تواجه الصناعة ؛ نظراً لما تتيحه من توضيح وتفهم لكيفية حدوثها .

الشكل رقم (٥– ١٩) نموذج عظم السمكة Fishbone Diagram



الشكل رقم (٥-٢٠) : خطة ورعاية مشتركة : لحالات احتشاء عضلة القلب

تاريخ الدخول : .... * اكشط أو احذف عند اللزوم تفاصيل المريض

وقت الدخـول : .... ** «أ» = «ارع نفسك» اسـم الـعائلة : .... رقـم الوحدة : ....

«ب» ورقة مراقبة الوزن الأسماء الأولى : .... تاريخ الولادة : ....

العنوان : .... الاستشارى : ....

الجـنـاح : ....

اليوم	الفريق الطبى	التوقيع التاريخ	فريق التمريض	التوقيع التاريخ	العلاج الطبيعي	التوقيع التاريخ	الأدوية والعقاقير (الصيدلية)	التوقيع التاريخ	التغذية	التوقيع التاريخ	مراجع أخرى	التوقيع التاريخ
اليوم ١	الدخول : - وثق وقت الدخول - وثق وقت بدء آلام الصدر - الحصول على المحلول الوريدى - فقد الألم - رسم تخطيط القلب والبدء فى مراقبة حالة القلب - وثق إذا لم تتم الإشارة لإعطاء - الأسبرين - مضاد الجلطة الدموية - فكر فى GTN - - محلول «بيتا بلوكر» - راجع مع مسئول الإنعاش والاستشارى - استشارى الأشعة (وضعه على الاستدعاء إذا تم الإشارة إلى ذلك أو فى عطلة نهاية الأسبوع) - الدم إنزيمات (خمائر) ذات الصلة بعضلة القلب، الكلسترول عشوائيا، السكر U&E. FBC		- حسب خطة الرعاية - أدخل المريض - أبدأ بالتقصى عن حالات الخروج من واقع قائمة الخروج - قابل المرضى / أقارب المرضى - ملاحظة ومراقبة الاحتياجات البدنية والنفسية كما تم تحديدها عند تقييم الحالة - واصل أثناء بقاء المريض		- راحة بالسرير - تمارين التنفس كل ساعة - تمارين الدورة الدموية كل ساعة		- زيارة المريض - نموذج خطة الوصفات وتقييمها		- خذ فى الاعتبار الإحالة لتغذية علاجية معينة خاصة بالنسبة لذوى الاحتياجات الخاصة مثل : - مرضى السكرى - حالات ارتفاع الدهون والبروتين - مدى وجود هزال - تمت إحالتهم - شوهدوا - جميع المرضى - أخبروا عن أوزانهم الحقيقة متى كان مناسباً			
اليوم ٢	- مراجعة من قبل رئيس الفريق الطبى - مراجعة رسم القلب - مراجعة إنزيمات عضلة القلب		- حسب خطة الرعاية - ابدأ بتنفيذ برنامج توعية المريض		- راحة بالسرير / جلوس - تمارين التنفس كل ساعة - تمارين الدورة الدموية كل ساعة		- زيارة المريض - تقويم خطة الوصفات		- تأكد من إحالة المرضى كما فى اليوم الأول			

تابع الشكل رقم (٥-٢٠) : خطة ورعاية مشتركة : لحالات احتشاء عضلة القلب

اليوم	الفريق الطبى	التوقيع التاريخ	فريق التمريض	التوقيع التاريخ	العلاج الطبيعى	التوقيع التاريخ	الأدوية والعقاقير (الصيدلية)	التوقيع التاريخ	التغذية	التوقيع التاريخ	مراجع أخرى	التوقيع التاريخ
اليوم ٣	- مراجعة من قبل رئيس الفريق الطبى - عمل رسم للقلب إذا أشير إليه - أوقف جهاز مراقبة القلب - مراجعة إنزيمات عضلة القلب إذا كنت فى شك منها - حول المريض إلى الجناح رقم ٦ - العاملون فى الجناح ٦ لإزالة الإبرة المزروعة لإدخال المحاليل الوريدية *IV Cannula*		- كما توضح فى خطة الرعاية - حضر للتحويل للجناح		- التحرك حول السرير - تمارين التنفس كل ساعة تمارين للدورة الدموية كل ساعة		- زيارة المريض - نموذج خطة الوصفات وتقييمها		- تم تقديم النصح للمرضى / اختصاصى التغذية - تم توزيع نشرات على جميع المرضى «أ + ب» إذا كان وزنهم زائداً			
اليوم ٤	- مراجعة من قبل رئيس الفريق الطبى - عمل رسم للقلب إذا أشير إليه		- كما توضح خطة الرعاية - واصل برنامج التأهيل وخطة الخروج		- التحرك فى الطريق للحمام وحول منطقة السرير		- زيارة المريض - نموذج خطة الوصفات وتقييمها		- تم تقديم النصح للمرضى / اختصاصى التغذية			
اليوم ٥	- مراجعة من قبل رئيس الفريق الطبى - عمل رسم للقلب إذا أشير إليه		- كما توضح خطة الرعاية		- واصل التمارين أعلاه لمدة ساعة ، أضف ذلك فى ورقة ملف نشاط المريض							
اليوم ٦	- مراجعة من قبل رئيس الفريق الطبى - عمل رسم للقلب إذا أشير إليه - ناقش الحالة الطبية قبل الخروج المريض		- كما توضح خطة الرعاية - تأكد من دراية المريض بالحالة		- التحرك الكامل حول الجناح - تدوين تمارين المرضى الملومين فى ورقة نشاط المريض التحرك الكامل حول الجناح		- زيارة المريض - نموذج خطة الوصفات وتقييمها		- تم تقديم النصح للمرضى /اختصاصى التغذية			
	- عمل ملخص بحالة المريض عند الخروج - عمل *T.T.O s* - عمل رسم للقلب - حول المريض إلى وحدة تأهيل مرضى القلب		- قائمة الخروج		- المشى على الدرج - واصل التمارين لمدة أسبوع ثلاث مرات يومياً - دون هذه الملاحظات فى نموذج تطور حالة المريض حول نشاط المريض		- الترتيب بشأن الأدوية المتعلقة بحالة المريض عند الخروج - إعطاء إرشادات الدواء		- الإحالة إلى اختصاصى التغذية حسب الخطة - تم رؤيتهم من قبل اختصاصى التغذية			

الخروج :

أى مضاعفات ....

احتشاء فى العضلة القلبية   نعم / لا   .... تاريخ الخروج المخطط : ....

وجود جلطة دموية   نعم / لا   .... تاريخ الخروج الفعلى : ....

سبب دعم وجود جلطة دموية ....

الشكل رقم (٥- ٢١) : خطة رعاية المجتمع

سلطة منطقة كوفنترى الصحية : وحدة رعاية المجتمع

خطة رعاية مشتركة لاستئصال المرارة

الاسم : .... الرقم : .... تاريخ الخروج من المستشفى : ....

العنوان : .... تاريخ الميلاد : .... الطبيب الممارس : ....

الاستشارى : ....

اليوم التالى للعملية	قسم خدمة التمريض	المريض	الطبيب الممارس العام	الخدمات الاجتماعية
الزيارة الأولى (بعد يوم من الخروج)	٩- رتب مع المريض تاريخ المقابلة القادمة	٩- معرفة الأشخاص الذين يمكن الاتصال عن طريقهم - اتصل بالطبيب الممارس عند الحاجة - برهن على درايتك بالحالة والدقة فى القدرة على التعامل بما قد يحدث من مشاكل		
الزيارة الثانية (كما تم ترتيبها)	١- قيم الحالة العامة - قيم الجروح - قيم مستوى الألم - قيم حجم السوائل التى يتم تناولها - قيم نشاط التبرز . - قيم القدرة على الحركة	١- قم بإبلاغ قسم خدمة التمريض حول التغيرات أو أى مشاكل مرتبطة بمايلى : - الجروح - مستوى الألم - أخذ السوائل - نشاط التبرز - الحركة	- أخطر الطبيب بأى مشاكل تحدث	
اليوم العاشر بعد العملية	١- قيم الحالة العامة . قيم الجرح وناقش واشرح إمكانية إزالة قطب الجراحة إذا كان وضع الجرح مرضياً ٢- أخرج المريض إذا كانت الحالة مرضية عبئ وأكمل نموذج هدف النتائج وأرسله إلى السيدة م ر ميتشل ممرضة اتصال المجتمع مستشفى «ويلز جريف Walsgrave»	١- الإبلاغ عن أى مشاكل ناجمة - برهن على قدرتك على التعامل مع المشاكل الناجمة وخذ الإجراء المناسب		

تابع الشكل رقم (٥- ٢١) : خطة رعاية المجتمع

خطة رعاية مشتركة لاستئصال المرارة

أهداف النتائج :

- كل المرضى يحضرون كشفًا سريريًا قبل دخولهم المستشفى وسوف يحصلون على مواعيد الدخول .

- عند خروجهم من المستشفى فإن المرضى سيكون لديهم الحد الأدنى أو لا شيء من آثار العلاج وخاصة الألم ، و التهاب النسيج الخلوى Cellulitis ، وندوب حول الجرح ، والآلام الصدرية وألم بالساق . وسيكونون جاهزين للخروج فى اليوم الثالث لإجراء العملية .

- عند خروج المريض فإنه وعائلته سيكونون على دراية بخطة الرعاية وستوفر لهم الفرصة لمناقشة ما يلى مع الفريق متعدد التخصصات :

  - الجراحة والمخاطر المحتملة قبل العملية .
  - التئام الجرح والتعقيدات المحتملة وما يجب عمله فى حالة حدوثها .
  - كيفية التغلب على الألم .
  - تعديل النظام الغذائى .

- عند الخروج فإنه يكون قد تمت مقابلة الاحتياجات الجسدية والنفسية للمريض .

اليوم	الإجراء الطبى	التمريض	التغذية	العلاج الطبيعى	العمليات	المنطقة SW
عيادة قبل الدخول	- تاريخ الحالة أو الفحص . - تقييم عوامل الخطر . - الترتيب للخروج . - فحص مستوى السكر للمريض وهو فى حالة صيام لعينة من الدم وأخرى للبول . - صورة أشعة للصدر . - رسم القلب الكهربائى . - تحديد مواعيد الدخول .	- فحص البول . - تسجيل الوزن والطول . - ناقش المخاوف والمشاكل . - ابدأ الـ (Kardex) - رقم هاتف ممرضة الاتصال . - اطلع المريض على الجناح . - أوقات الزيارة .				- قيم إمكانية الخروج المبكر . - قيم مدى الخدمات الاجتماعية الممكنة ومتطلبات المريض المنزلى المساندة . - ابدأ ترتيبات المساندة كما هو مطلوب .

تابع الشكل رقم (٥- ٢١) : خطة رعاية المجتمع

اليوم	الإجراء الطبى	التمريض	التغذية	العلاج الطبيعى	العمليات	المنطقة SW
يوم ما قبل العملية التاريخ التوقيع	- التقييم . - قائمة غرفة العمليات . - الإشـــارة إلى أخصائى التخدير . - اشرح نماذج الموافقة على العملية . - العلاج : . الهبرين . TEDS . مستحضرات التعقيم والتطهير . المضادات الحيوية ما قبل العلاج . المهدئات	- الترحيب فى الجناح . - تقديم المريض للعاملين والمرضى . - ملاحظات الحد الأدنى . - أكمل الـ (Kardex) - التأكيد على الظروف الاجتماعية وترتيبات الخروج . - حدث ما قبل العملية . - تحضيرات الجلد متى كان ضرورياً . - الصوم عن ... - حفظ مقتنيات المريض بأمان .	- وجبة قليلة السعرات للغداء ووجبة المساء .	- التقديم . - شرح دور العلاج الطبيعى . - التاريخ . قيم الحركة واستمع إلى القلب . - علم التنفس والتدريبات الخاصة بالدورة الدموية وبرهن على السعال المسود.	- زيارة ما قبل العملية .	- أخطر ممرضة المنطقة بالخروج المبكر للمريض إذا كان مناسباً .

تابع الشكل رقم (٥- ٢١) : خطة رعاية المجتمع

اليوم	الإجراء الطبى	التمريض	التغذية	العلاج الطبيعى	العمليات	المنطقة SW
عيادة ما قبل الدخول التاريخ التوقيع	- الملاحظات حول العملية. - المحاليل الوريدية الدورية - مسكنات الألم	- الاستحمام والحمام. - راجع ملاحظات التمريض . - إجراء مراجعة قائمة غرف العمليات . - راجع أنابيب التنفس ، ووضع العلامات الحيوية . - راقب الألم ومسكناته . - راجع وضع الجرح و نزفه . - العناية بالحقن المعطاة عن طريق المحاليل الوريدية . - غسل اليدين والوجه . - اجلس على السرير . - تمارين التنفس .		ذكر بتمارين ما بعد العملية		
أول يوم بعد العملية التاريخ التوقيع	- افحص الصدر والأرجل والجرح والنزف . - قيم وضع السوائل . - راجع . - ناقش العملية مع المرضى وأقاربهم .	- مسكنات الألم . - حمام السرير . - حرك . - العناية أو الحرص على إعطاء حقن المحاليل الوريدية فى وقتها المناسب . - إزالة . - افحص الجرح RVAC - فحص درجة الحرارة والنبض والتنفس كل أربع ساعات .		تمارين التنفس والدورة الدموية	زيارة ما بعد العملية	

تابع الشكل رقم (٥- ٢١) : خطة رعاية المجتمع

اليوم	الإجراء الطبى	التمريض	التغذية	العلاج الطبيعى	العمليات	المنطقة SW
اليوم الثانى بعد العملية التاريخ التوقيع	- إزالة الضماد إذا كان موجوداً. - مراجعة مسكنات الألم. - افحص الجرح ، والرقبة ، والصدر ، والأرجل.	- ناقش خطة الرعاية مع المريض. - حرك المريض للحمام . - افحص الجرح. - وجبة خفيفة. - فحص درجة الحرارة والنبض والتنفس كل أربع ساعات.		- تمارين التنفس والدورة الدموية. - قيم الحركة وشجع عليها.		
اليوم الثالث بعد العملية التاريخ التوقيع	- افحص الجرح. - افحص وظائف الأمعاء. - قيم الحركة. - تأكد من إمكانية تخريج المريض. - تأكد من استيعاب المريض لمعنى استئصال المرارة.	- شجع على الرعاية الذاتية . - افحص الجرح . - تأكد من فحص درجة الحرارة والنبض والتنفس كل أربع ساعات . - TTOs . - قم بالتأكيد على الترحيل والاتصال بممرضة المنطقة . - وقت تخريج المريض .		تمارين التنفس والدورة الدموية	زيارة ما بعد العملية	
اليوم الرابع بعد العملية التاريخ التوقيع						- up. ad.lib - الرعاية الذاتية . - افحص الجرح . - توعية المريض لإرشادات ما بعد العملية .

الفصل السادس

تصميم الخدمة وتحديد مجالات تميزها

مقدمة :

إذا كانت " الخدمة الصحية الوطنية " قد تم التخطيط لها وتطويرها لتبدأ مرحلة جديدة ابتداءً من عام ١٩٩٤م ، فهل يا ترى ستكون خدماتها المقدمة مختلفة ومغايرة عن تلك الخدمات التى عودتنا " الخدمة الصحية الوطنية " تقديمها ؟ .

والإجابة عن مثل هذا السؤال هى : نعم ، وبدون شك ؛ لأن تطوير " هذه الخدمة " اشتمل على إعادة تصميم خدماتها لتأخذ فى اعتبارها سلاسة وبساطة العمليات المقدمة فيها ، كما تضمنت تغييراً فى المواصفات المتصلة بتطوير وتحسين متطلبات المريض والعاملين معًا .

ولكن – وكغيرها من المنظمات القائمة والمستقرة – فإن رفاهية الحديث عن التغيير باستخدام تعبير مثل " دعونا نبدأ من جديد " ، فإنه قد لا يكون ممكنًا .

ولهذا يأخذ المسؤولون فيها ، ببديل آخر لإحداث التغيير المنشود ، بالاعتماد على المراجعة المنتظمة من حين لآخر بهدف تحديث الجودة والارتقاء بمستوياتها ، وذلك فيما يتعلق بالرعاية والخدمات الأخرى التى تعمل على تقديمها .

وقبل التعرض للكيفية التى تقدم بها الخدمات الصحية بغرض تحديثها وجعلها أكثر مواكبة ، فقد يكون من المفيد ، النظر إلى تجارب قطاعات أخرى ، حيث تقوم الشركات فى العديد من الصناعات بتبنى أحد الخيارات التالية :

١- الإبقاء على نمط الخدمات الحالية مع تطوير وتحسين الجوانب المعروفة لدى الشركة جيداً .

٢- البحث عن أسواق جديدة مع الاستمرار فى تقديم نفس المنتجات .

٣- تحديث الخدمات وجعلها أكثر مواكبة (و/أو) .

٤- تطوير منتجات وخدمات جديدة .

وفيما يتعلق بالرعاية الصحية ، فعلى الرغم من أن الخيار الأول هو السائد لدى الوحدة التى تقوم بتقديم الخدمة ، إلا أن الخيار الثانى أضحى بمرور الوقت أكثر مناسبة ، خاصة فى ظل تطور ونمو العمليات التعاقدية لأداء الخدمة . أما الخياران الثالث والرابع فقد أصبحا ذوى صلة أكبر بالتحسين الفعلى للجودة على المستويين : السريرى/ المهنى ، والإدارى .

أما وظيفة تصميم الخدمة فى مجال الرعاية الصحية ، وهو موضوع هذا الفصل ، فإنها تعد مسؤولية عدة أدوار متضامنة ؛ حيث إن القرارات التى تتخذ فى إطار هذه الوظيفة لها آثارها الكبيرة والعميقة والبعيدة الأثر على كل من المستشفى والمجتمع اللذين تقدم فيهما الخدمة .

وتتوافر المواقع الإدارية ذات الصلة بوظائف تصميم الخدمة فى كل من الوحدات التالية :

١- إدارات : الجودة ، وتخطيط الأعمال ، والعقود ، والتسويق . (حيث يتم استخدام مسميات متعددة فيها) . ويتم فى هذه الإدارات عادة :

- تطوير الخبرة فى مجال إدارة الجودة العامة ، كما يتم فعليًا تنظيم إدارة الجودة وتنسيق مهامها .
- تجميع وتصنيف احتياجات العملاء (المرضى ، المشترين ، والممارسين العامين) .

٢- إدارة عمليات الخدمة (مدير الخدمة ، المدير أو المنسق السريرى) . ويناط بهذه الإدارة عادة :

- مسؤولية تنفيذ وتقديم خدمات ذات مستويات جودة متقدمة ، تقابل وتفى بالمواصفات المعلنة أو بالمعايير المحددة لضمان الجودة .

٣- المراجعة الطبية والسريرية - وتتولى هذه الوظيفة إدارات أو أقسام أو فرق مختلفة عن المذكورة أعلاه تحت البند رقم (١) . ويتولى أعمال المراجعة الطبية والسريرية عادة :

- فريق يضم مهارات تخصصية متنوعة وخبرات متميزة لأعمال المراجعة الطبية والسريرية . عموماً ، يتكون هذا الفريق من ممثلين عن الهيئات الطبية والتمريضية والخدمات الطبية المساعدة ، إضافة إلى عضوية مساعدين طبيين ، ومسهلى أو منسقى أعمال المراجعة الطبية .

وكما هو الحال ، مع كيفية التعامل مع إدارة حل المشكلات الناتجة عن تعدد المواقع ، فإن الأمر يحتاج إلى تواصل وتنسيق مستمرين بين هذه الإدارات الثلاث (أو المواقع سالفة الذكر) ؛ وذلك لضمان تصميم وظائف الخدمة وعملياتها التشغيلية حسب ما هو مخطط لها .

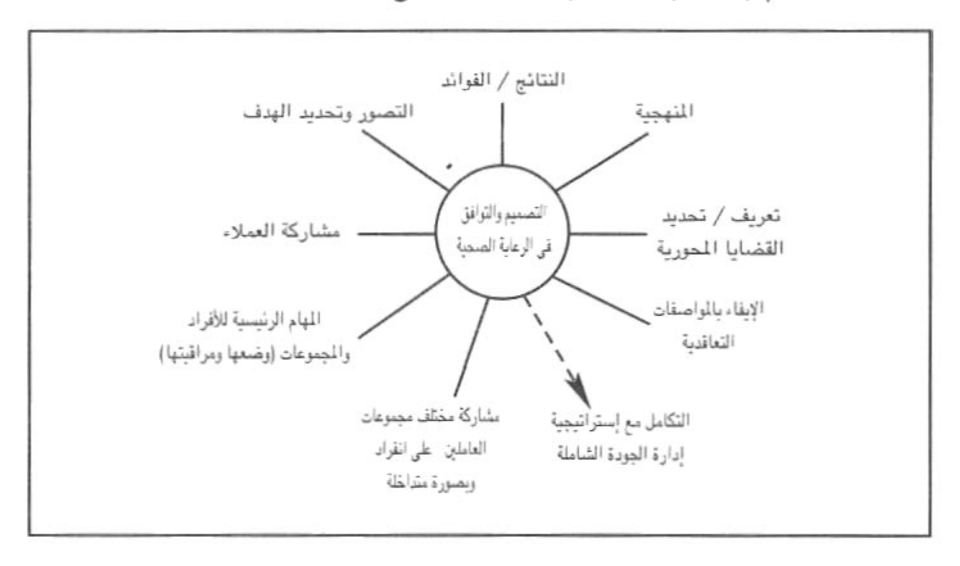
ومن ضمانات النجاح ، كذلك ، القدرة على الحصول على التزام كبار الإداريين والسريريين بعمليات : تصميم الخدمة ومراجعتها وتحسينها ؛ وذلك للارتقاء بمستوى نوعية الرعاية والخدمة وزيادة رضا المرضى عن هذين الجانبين .

ويتناول هذا الفصل قضايا تتصل بتصميم الخدمة وتحديد مواصفاتها . وهذان الجانبان لا يضمنان تحقيق الجودة المنشودة بالضرورة : فالجواب أن تكون للخدمة القدرة على التوافق مع التصميم ، وكذلك القدرة على إعادة إنتاجه فى كل مرة . وهذه المسائل المتصلة بالقدرة والرقابة سيتم تناولها فى الفصل السابع .

ويعتبر التصميم الصحيح للرعاية والخدمة مكوناً أساسياً فى الحملة الهادفة للتقليل من الأخطاء والتخلص من الهدر والتنفيذ القاصر . فإذا كان تصميم الخدمة صحيحاً منذ البداية ؛ فلن تكون هناك حاجة إلى إضاعة الوقت فى إجراء أى تعديلات لاحقة .

وتجدر الإشارة إلى أنه قد كتب الكثير عن التصميم ووضع الأسس والمستويات المعيارية . (انظر " كوش " *Koch* ، ١٩٩١) . ويوضح الشكل (٦-١) بعضاً من هذه المسائل ، بصفة عامة .

الشكل رقم (٦ – ١) : أبعاد إستراتيجية وضع المستويات المعيارية ومراقبتها

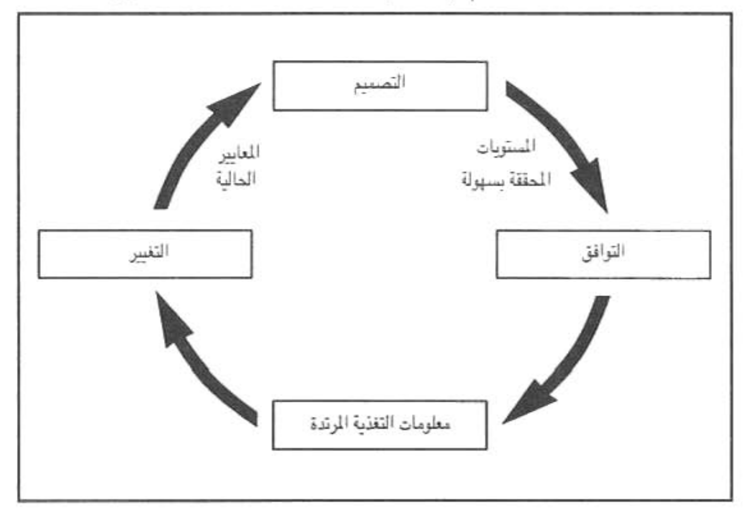


ومن فوائد التصميم الجيد للخدمة :

- الاتساق الزائد فى العمل .
- رضا المريض .
- استخدام أفضل للموارد .
- التقليل من الأخطاء .
- رضا العاملين .

وبصفة عامة ، تعد القضايا السابقة على قدر مهم لدائرة المراجعة والتدقيق " *Audit Loop* " ، التى يظهرها الشكل (٦– ٢) .

الشكل رقم (٦– ٢) : دائرة المراجعة والتدقيق



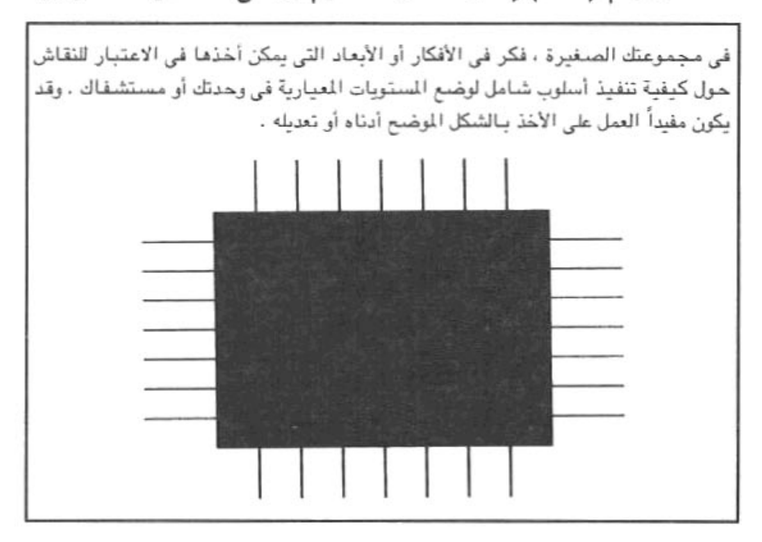
ومثل هذه الدائرة ينبغى أن تطبق بصورة شاملة فى الوحدة المقدمة للخدمة ، على سبيل المثال ضمن المستشفى العام للمنطقة ، كذلك يجب أن تطبق عملية تصميم خدماتها وتحديد مواصفاتها فى كل وحدة من وحدات التشغيل المرتبطة بها ، وذلك على النحو الذى يظهره الشكل (٦–٣) .

الشكل رقم (٦–٣) مجالات الخدمة الرئيسية فى المستشفى العام للمنطقة

	الإدارة		
		غرف العمليات	الخدمات الطبية المساعدة
خدمات العيادات الخارجية	الأجنحة	خدمات فحوص التشخيص	الخدمات غير السريرية المساندة

وقبل الخوض فى المزيد من التفاصيل ، فقد يكون من المفيد الاستفادة من إطار التصميم الموضح فى الشكل رقم (٦-٤) ، للنظر فى الجوانب التى يجب فحصها فى وحدتك ، وذلك للمساعدة فى إنشاء أو تطوير أسلوب شامل لتصميم الخدمة المطلوبة ووضع المستويات المعيارية لها .

الشكل رقم (٦-٤) إطار شامل لتصميم ووضع المستويات المعيارية



ولكن قد يثير البعض السؤال التالى : ماذا تعنى كلمتا " تصميم " و " مواصفات " وما هى مضامين كل منهما ؟

وللإجابة عن ذلك ، سوف نقوم فى هذا الفصل بمناقشة الموضوعات التالية :

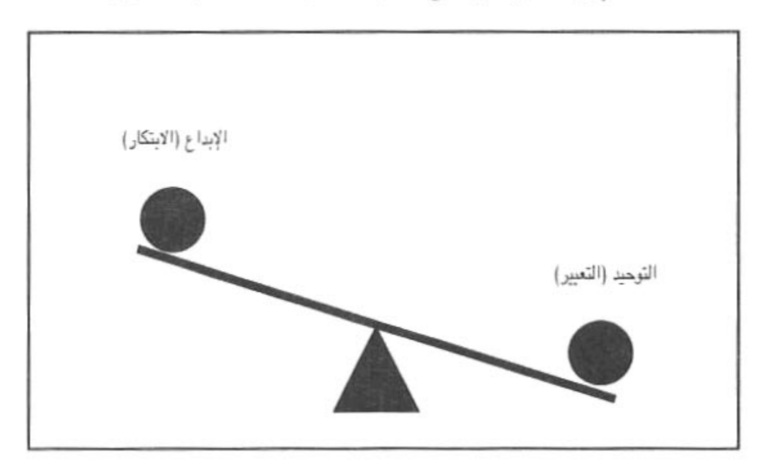
- وضع المستويات المعيارية فى محيط يأخذ فى الاعتبار مقابلة متطلبات كل من عقود الخدمة والمشترى (طالب الخدمة) .
- سبل ووسائل وتقنيات وضع المستويات المعيارية وتصميم الرعاية الصحية .
- مراقبة وإدارة التصميم والمستويات المعيارية .
- نظم تنظيم المستويات المعيارية .
- التوثيق .

وفيما يلى عرض مفصل لهذه الموضوعات :

مواصفات العقد والمستويات المعيارية :

ينطوى هذا العنوان الفرعى على علاقة ضمنية بين المستويات المعيارية الظاهرة ، وعملية تعيير أو معايرة توحيد خدمات الرعاية الصحية ومواصفاتها ضمن عقود الخدمة . وهذا الأمر لا يقود كما يظن البعض إلى الإحباط أو تقليل الإبداع ، بل على العكس من ذلك فهو يدعم الجهود الإبداعية .

الشكل رقم (٦- ٥) الإبداع مقابل التعيير أو توحيد معايير الخدمة



وكما يتبين من الشكل رقم (٦-٥) ، فإنه يوضح حساسية العلاقة بين عمليتى الإبداع (الابتكار) والمعايرة القياسية . ففى ظل توصيف واضح وصريح لما يتم تقديمه حالياً من خدمات يمكن لعمليات الإبداع والتطوير الخلاق أن تأخذ مكانها .

إن توصيف الخدمة أو وضع مواصفة لها وما يرتبط بها من مستوى أو مستويات معيارية ذات صلة بها ، وبما يدعمها من جهود توثيقية مناسبة لها - تعد العامل الأساسى لبلوغ مستويات عالية من الجودة ، وكذلك لتمكين الفرق المختصة من مراقبتها . وقد نرى فى المستقبل القريب المستشفيات التى سوف تلتزم بوثيقة منظمة المستويات المعيارية (أو المقاييس) الدولية ، والتى يرمز لها باللغة الإنجليزية بـ " *ISO* ،

رقم ٨٤٠٢ لعام ١٩٨٦ " . وتتضمن هذه الوثيقة توصيفًا للمتطلبات التى يجب على المستشفى الوفاء بها والامتثال لها .

إن المتطلبات الأساسية لأى توصيف هى تلك التى يتحدد فيها ما يلى :

- ماهية الأداء/ النشاط الذى تتطلبه الخدمة ، على سبيل المثال : فريق جراحى .
- متغيرات مثل : أوقات الوصول إلى الخدمة أو الحصول عليها ، ومحددات فترة البقاء ، والتى تعطى وصفاً مناسباً للخدمة وذلك من الناحية الكمية لها .
- المواد المستهلكة (أو ما يطلق عليها بالمستهلكات) التى تم استخدامها ، متى كان ذلك ممكنًا .
- العمليات السريرية وغير السريرية المتضمنة فى التوصيف .
- متطلبات التفتيش والمراقبة للتوصيف المطلوب .
- الوثائق المرجعية الأخرى لضمان الجودة والتوصيف .

كما يجب أن تتوافر فى الإطار التعاقدى صلات وثيقة بين أسلوب الوحدة المقدمة للخدمة فيما يتعلق بوضع المستويات والتصميم ، وبين متطلبات المستفيدين الرئيسين من الخدمة . وقد ظلت مناطق الخدمات الصحية ، والمرافق أو الوكالات المستفيدة من الخدمة (والذين يطلق عليهم المشترون) تناقش الدور المطلوب منها فى هذا الجانب كما جاء فى مقال " سيبى و جرافيث *Spiby & Griffiths* ، عام١٩٩١ "بعنوان :" شارك أو لا تشارك *Hands on or Hands off* " .

وإذا أخذنا وحدة الأنف والأذن والحنجرة كمثال ، فإن السلطة الصحية الإقليمية " لجنوب غرب التايمز " ترى أن أهم القضايا الرئيسية للتصميم ووضع المستويات المعيارية يجب أن تشمل ما يلى :

المسائل الأساسية :

- ما هى المقاييس (أو المستويات المعيارية) التى يمكن تطبيقها فى وحدة الأذن والأنف والحنجرة ؟

- كيف يمكن تحديد الأهمية النسبية لكل فئة أو مجموعة من المعايير ؟

- إذا لم يتم الاتفاق على الأهمية النسبية للفئات المختلفة للمقاييس أو المستويات المعيارية ، كيف يتم حل الاختلافات ؟ وما هى العقوبات أو الجزاءات التى يمكن الاعتماد عليها ، وكيف يمكن إنفاذها ؟

- كيف يمكن الأخذ بأولويات المستفيدين من الخدمة ؟

- إذا تم الاتفاق على مستويات معيارية مقبولة لدى كل الأطراف ، من هو المسؤول عن التأكد من أن النمط الفعلى للخدمة على نطاق كل الوحدات المقدمة للخدمة فى المنطقة الصحية يمكنها من تحقيق هذه المستويات ؟

المقاييس أو المستويات المعيارية :

قررت هيئة الخبراء فى " السلطة الصحية الإقليمية لجنوب غرب التايمز " أن هناك أربعة مستويات معيارية إجبارية (أو ينبغى فرضها) يجب على السلطات الصحية الإقليمية أن تكون مستعدة لمراقبتها والتدخل لفرضها إذا استدعى الأمر . وقد تأسست هذه المستويات على الاعتقاد والقناعة بأن العملية الأساسية المتصلة " بكيفية " و " ماهية " الخدمة المقدمة ، يجب أن تخضع للمستفيد من الخدمة ومقدمها ؛ فالغرض الأساسى هو تقديم خدمة تتميز بمستوى عالٍ من الجودة .

ولتحقيق هذا الغرض ينبغى :

١- أن تتسم الخدمة الصحية بالتالى :

- أن تقدم علاجًا فعالاً للأفراد الذين تستهدفهم الخدمة .
- أن تقدم رعاية كافية وبطريقة عادلة أو منصفة .
- أن تتسم الرعاية المقدمة بأسلوب إنسانى فى التعامل .
- أن تتأكد من أن الأهداف المرسومة يتم تحقيقها بأكثر الطرق فعالية .

٢- أن يكون التركيز الأساسى للسلطة الصحية الإقليمية منصبًا على الموضوعات التالية :

- جودة الخدمة .

- النتائج المتوقعة من الخدمة .

- تكاليف الخدمة .

٣- أن يتم وضع المستويات المعيارية الإجبارية الأربعة التالية :

- يتوقع من المستفيدين من الخدمة (طالبى الخدمة من المشترين) أن يكونوا على دراية وعلم بمجتمعاتهم والآثار المترتبة على انتشار الأمراض التى من أجلها تقدم خدمات الأنف والأذن والحنجرة لمواجهتها .

- العناية بمرض الأنف والأذن والحنجرة على مدار الساعة من قبل أطباء مقيمين ومدربين فى الأنف والأذن الحنجرة على أن يكونوا أقل تقدير فى درجة أخصائى أول .

- على جميع العاملين الذين يقدمون خدمات الأنف والأذن والحنجرة أن يشاركوا فى المراجعة السريرية .

- يتوقع من المستفيدين من الخدمة (أى طالبى الخدمة من المشترين) أن يكونوا قادرين على تعريف وتحديد النتائج المرغوب تحقيقها . ويجب أن ترتبط هذه النتائج بكل من البعد المتعلق بالجوانب السريرية والبعد المتعلق بجوانب الخدمة المقدمة .

هذا ، ويقدم الشكل رقم (٦-٦) تصوراً لقائمة المراقبة والأسئلة الرئيسية المرتبطة بها . وبصفة عامة ، فإن كلاً من المستفيدين من الخدمة (طالبى الخدمة من المشترين) ومقدميها يحتاج إلى تطوير أو إيجاد نوع من الشراكة التعاونية لتقديم الخدمة بالجودة المطلوبة ، كما أوضح ذلك (١٩٩١) سميث فى القائمة التالية .

قائمة تحقق

المقياس (أو المستوى المعيارى) الأول :

- هل هناك تفهم واضح للأبعاد الوبائية لانتشار أمراض الأنف والأذن والحنجرة وآثارها على المجتمع ؟

- هل العوامل الأخرى المؤثرة فى تقييم الاحتياج للخدمة أُخذت فى الاعتبار ؟

- هل هناك إطار للخدمات التى تقدم حالياً للمجتمع ؟
- هل توجد إستراتيجية لمقابلة الاحتياجات المحددة للخدمة المناسبة ، وبما ينتج عنه عائد صحى يمكن قياسه ؟

المقياس (أو المستوى المعيارى) الثانى :

- هل يوجد نظام يمكن بموجبه أن يقوم عميد الدراسات العليا بمراقبة توزيع مواقع ونوبات الأخصائين الأُوَل ، وإعداد تقارير حول المواقف غير المرضية أو الأداء غير المرضى لهؤلاء الأخصائيين للسلطة الصحية الإقليمية ؟

المقياس (أو المستوى المعيارى) الثالث :

- هل قامت اللجنة الإقليمية للمراجعة الطبية بتطوير ومراقبة تنفيذ خطة مراجعة خدمات الأنف والأذن والحنجرة على نطاق الإقليم أو المنطقة ؟
- هل تمت مشاركة كل السريريين ؟
- هل يشارك كل العاملين فى المراجعة السريرية ؟

المقياس (أو المستوى المعيارى) الرابع :

- ما هى مقاييس الناتج التى تم تطويرها لخدمات الأذن والأنف والحنجرة ؟
- هل تم البحث عن مدخلات العميل من الخدمة فى هذه العملية ؟
- هل تمت الاستفادة من المعلومات التى تم الحصول عليها فى هذه العملية لتطوير خدمات الأذن والأنف والحنجرة المستقبلية ؟ كيف تم ذلك ؟

الأسئلة الرئيسية :

مراقبة المسائل المهمة :

على السلطة الصحية الإقليمية أن تسعى لتوضيح المسائل التى تعتبرها السلطة المستفيدة من الخدمة مهمة (أى طالبى الخدمة من المشترين) . وتلخص القائمة التالية الأمثلة الرئيسية لمراقبة المسائل المهمة :

نطاق الخدمة :

- هل تأخذ سياسة الاستفادة من الخدمة (شراء الخدمة) فى اعتبارها مدى أو نطاقًا واسعًا للخدمات المقدمة مثل التشخيص المبكر للأمراض ، وتخطيط سمع الأطفال ، وتوفير المعينات السمعية لهم ؟
- هل هناك بروتوكولات متفق عليها بين وحدات الرعاية الأولية والثانوية فيما يتعلق بنظام التحويل والإدارة من قبل الممارسين العامين ؟

إمكانية الاستفادة من الخدمة :

- كيف يتم التوازن بين تقديم الجراحة النهارية وخدمات المرضى المنومين ؟
- هل يمكن الوصول للعيادات الخارجية محليًا ؟
- ما هى الخدمات الأخرى (على سبيل المثال : إصلاح المعينات السمعية وتغيير البطاريات) المتاحة محليًا ؟ وهل يمكن توفيرها داخل المجتمع الذى تقدم فيه الخدمة أو الرعاية ؟
- هل تمت استشارة المستفيدين من الخدمة فى هذه الجوانب من الخدمة المقدمة ؟

الحوار مع المستفيدين من الخدمة :

- ما هى العمليات المستخدمة للحصول على آراء المستفيدين من الخدمة والممارسين العامين .

الخدمات الخاصة بالأطفال :

- ما هو معدل حدوث أمراض الأنف والأذن والحنجرة فى الأطفال محليًا ؟ أى عدد الإصابات الجديدة فى فترة زمنية معينة .
- ما هى طبيعة المعلومات المجمعة للتأكد من أن احتياجات مجتمع الأطفال تم تضمينها فى القرارات المتعلقة بشراء خدمات الأنف والأذن والحنجرة ؟

- كيف تتم الاستفادة من نتائج معالجة أمراض الأنف والأذن والحنجرة لدى الأطفال في الإقليم/ المقاطعة ؟

- من أين يتم الحصول على خدمات الملاحظة /المراقبة للجوانب التخصصية في الخدمة المقدمة ؟

- هل هناك بروتوكولات بشأن تدابير معالجة فقدان السمع لدى الأطفال بين الرعاية ؟

- كم تبلغ فترة الانتظار للإحالة إلى ما يلي : وحدة تخطيط سمع الأطفال ، استشاري الأنف والأذن والحنجرة للعيادات الخارجية ، والمعالجة الداخلية في المستشفى " كمريض منوم " ؟

العلاقات البينية لخدمات الأنف والأذن والحنجرة :

- هل العلاقات البينية بين خدمات الأنف والأذن والحنجرة والخدمات الأخرى (على سبيل المثال : الإسعاف والطوارئ ، الأطفال ، التحذير) تم أخذها في الاعتبار بصورة مرضية ؟

أعباء الحالات المرضية البسيطة :

- ما هي المعلومات التي يتم ترتيبها أو موازنتها لمقابلة مزيج وعبء التعامل مع الحالات المرضية المختلفة لأمراض الأنف والأذن والحنجرة ؟

- ما هي المعايير شبه المثلى المتفق عليها ؟

- هل تم تدريب صغار الأطباء بصورة مرضية ومناسبة ؟

- هل تتوفر خبرات كافية لتقديم تدريب موسع للعاملين ؟

التعليم وبحوث الاستقطاب والتطوير والمراجعة :

- ما هي برامج التعليم العالي التي تتوافر للمستشفى وللأطباء الممارسين في مجال الأنف والأذن والحنجرة ؟

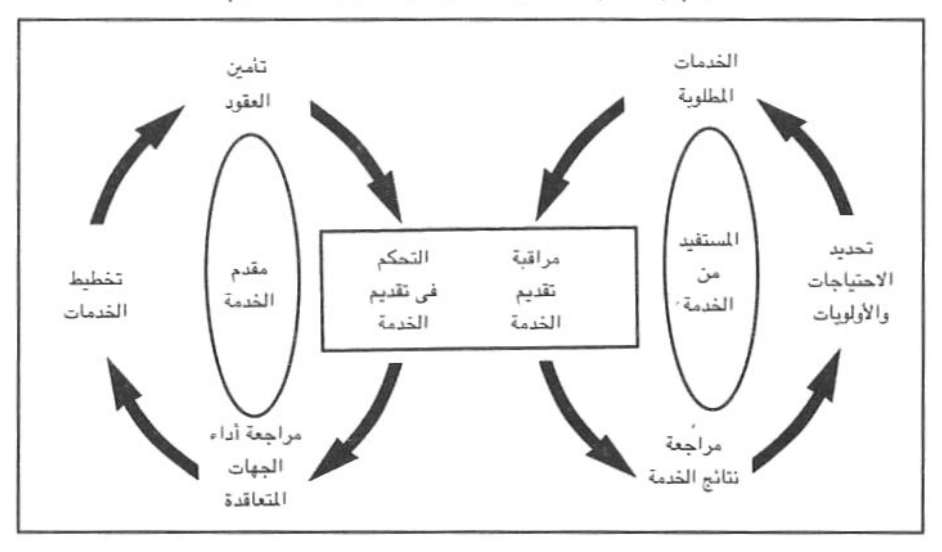
- هل هناك فرص معروفة للبحوث والابتكار ؟

- ما هى المجالات التى تم تحديدها للبحوث العملية ؟

الممارسة الخاصة :

- ما هو الرأى بشأن أثر الممارسة الخاصة على السوق وتأثيرها على الاحتياج لخدمات الأنف والأذن والحنجرة فى المجتمع ؟

الشكل رقم (٦- ٦) : الشراكة من أجل الجودة : تقديم الخدمة



ويستلزم تحديد مواصفات العقد ووضع المستويات المعيارية أيضًا أهمية القيام بالتوثيق اللازم وتجميع المعلومات ؛ للتأكد من تحقق المستويات العالية التالية :

- جودة الخدمات السريرية والخدمات الأخرى .

- رضاء العميل / المريض .

- استخدام الموارد حسب كل حالة .

وفيما يتعلق بأساليب جمع المعلومات للتحقق من بلوغ كل مستوى من هذه المستويات ، فقد حددها " أبسون *Upson* " فى اللوحة التالية أدناه :

الوسائل المتاحة للمستفيدين من الخدمة (المشترين) لتحليل ومراقبة درجة تجاوب مقدم الخدمة :

الجودة السريرية :

- بيانات إدارة الجودة .
- بيانات الوفيات .
- عملية تحسين الجودة الشاملة .
- تحليل المنطقة الصغيرة وما قبل التفويض للرعاية ذات التباين الكبير أو التكلفة العالية .
- ملاءمة الخدمة ، ونتائجها ، وكفاءتها .

جودة (من وجهة نظر) العميل :

- مسوحات " جالوب *Gallup* " .
- الربط مع كل مستويات الإدارة وفرق إدارة الجودة الشاملة .

استخدام الموارد حسب كل حالة :

- التحليل المقارن للحالات عن طريق فئات حالات التشخيص المماثل أو تصنيف مشابهة .
- جميع الحالات المرضية الظاهرة منها أو غير الظاهرة .

سبل ووسائل وأساليب تصميم الرعاية الصحية :

إن مسألة وضع مستويات معيارية للرعاية الصحية وتصميمها ضمن وحدة تقديم خدمات الرعاية الصحية ، ينبغى النظر إليهما على أنهما عملية شاملة " *total* " تحت السيطرة أو الإدارة :

- **عملية شاملة** : بمعنى أنه يجب أن تتضمن كافة الأجزاء التشغيلية فى الوحدة .

- **عملية تحت السيطرة أو مدارة بشكل جيد** : بمعنى أن هذا النمط من التصميم الظاهر أو المستوى المعيارى أو التصميم لم يتم عمله فى السابق ، ويحتاج إلى جهود تنسيقية لمجموعات كبيرة ومتباينة من العمليات التشغيلية .

ولتطوير هذا الأمر المتصل بتصميم الرعاية الصحية ، يمكن الاستفادة من مجموعة الأساليب والأدوات والطرائق المعروفة فى جميع القطاعات الصناعية باسم " انتشار وظيفة الجودة *QFD- Quality Function Deployment*" (انظر *Oakland 1989*) ؛ وذلك من أجل التعامل مع الجوانب المختلفة لعمليات تصميم ووضع المستويات المعيارية .

ومن الأساليب أو الوسائل التى ترتبط بتصميم الرعاية الصحية ما يلى :

١- مخطط التشابه .

٢- مخطط العلاقات المتبادلة .

٣- مخطط الشجرة .

٤- التصميم المصفوفى .

٥- تحليل البيانات المصفوفة .

٦- خريطة برنامج مخطط قرار العملية .

٧- المخطط السهمى - وهو مماثل لأسلوب تتبع سكة المريض والمسار السريرى *(Patient trailing & Clinical pathway)* الذى تمت مناقشته من قبل .

وتعد جميع هذه الأساليب أو الوسائل بسيطة وذات علاقة تبادلية فيما بينها ، وفق الترتيب الموضح أعلاه ، بدءاً من نشاط عصف الأفكار الخلاق أو الإبداعى ، وانتهاءً بالترتيب الحالى للموضوعات المهمة والتطبيقية الخاصة بمهمة جدولة النشاطات ووصفها .

١ - **مخطط التشابه** : *Affinity Diagram*

هو التجميع المبنى على العلاقات الطبيعية ، أو التى تبدو طبيعية بين عدة بنود ، ويتم ذلك عن طريق عصف الأفكار . ويستخدم هذا المخطط لتوليد الأفكار والمقولات حسب ترتيب معين ، أو لتنظيم ما يبدو من أفكار أو آراء غير مترابطة من مختلف الجوانب المتصلة بعمل أو بمشكلة ما .

وهذا المخطط يكون أكثر فائدة فى الحالات التالية :

- الأفكار الشائعة ، غير المنظمة أو المعقدة .

- عند الحاجة إلى نمط جديد من التفكير .

- عندما تكون الحلول المطلوبة ليست سهلة .

وهناك أربع عمليات رئيسية لإيجاد مخطط القرب ، هى :

١- قم بعصف غير مرتب للأفكار حول كل المسائل أو القضايا ذات الصلة بالعمل الذى تتم مراجعته .

٢- سجل هذه الأفكار فى ورقة أو أكثر .

٣- ابحث عن واحد أو أكثر من مجموعة تشمل خمسة إلى عشرة أصناف أو موضوعات رئيسية والتى تشرح /أو تفسر أو تتضمن (٨٠ ٪ - ٩٠٪) من الأفكار التى نتجت عن النقطتين الأولى و الثانية أعلاه .

٤- راجع هذه المجموعات واحصل على اتفاق حول الأمثل منها الآن .

إن النتائج من هذه العمليات الأربع هو (فى الغالب) ترتيب لعدد كبير من الأفكار فى عدد قليل ومحدود من موضوعات رئيسية كخطوة للمزيد من التحليل (انظر المثال الآتى) :

ماهو التقييم
السريرى
والتشخيص
الجيد ؟

نظم تقييم واضحة	تخطيط الرعاية الأولية	الوعى بالمعالجات البديلة ومناقشتها
سهولة الحصول على خدمات التشخيص	المشاركة البينية للتخصصات المختلفة	التحديد الواضح للعقود
اتصالات الفريق الفعالة	مشاركة المريض	يؤدى إلى خطة معالجة واضحة ونتائج إيجابية

٢- مخطط العلاقات المتبادلة :

يتبع هذا الشكل مخطط القرب المشار إليه آنفًا ، وذلك عن طريق استخدام روابط منطقية أو متوالية بين المجموعات أو العوامل المحددة . ويسمح هذا الشكل للأفكار والروابط التى سبق طرحها أو توقعها بالبروز من خلال المناقشات ، ويمكن تطبيقها لبعض القضايا ذات الصلة بتشغيل الخدمات السريرية وغير السريرية المحددة ، إلى جانب القضايا العامة للإدارة . وهذا الشكل يستخدم فى الظروف التالية :

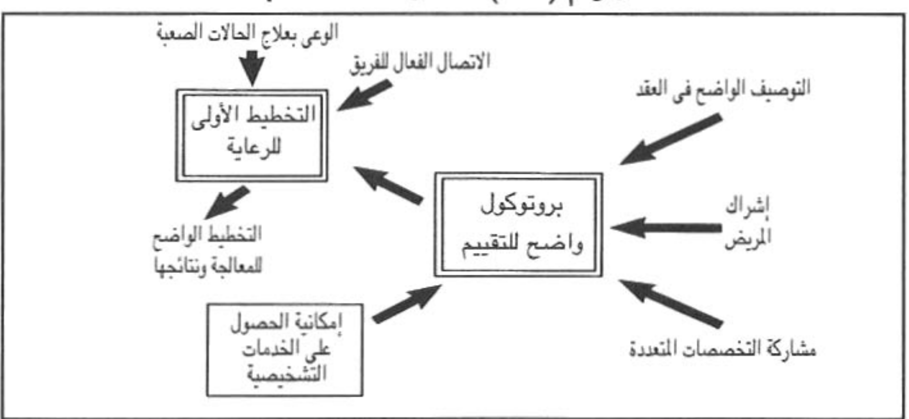
- عندما تكون القضية قيد المعالجة معقدة والعلاقات المرتبطة بها غير واضحة بصورة مباشرة .
- عندما تتطلب مسألة الجودة ارتباطًا صحيحًا وتواليًا منطقيًا ، وتتطلب عند التوصل إلى مخطط القرب ما يلى :

١- المزيد من توالد الأفكار بشأن القضايا قيد البحث ، وذلك إما عن طريق عصف الأفكار أو بالاسترشاد بمواد توثيقية مناسبة .

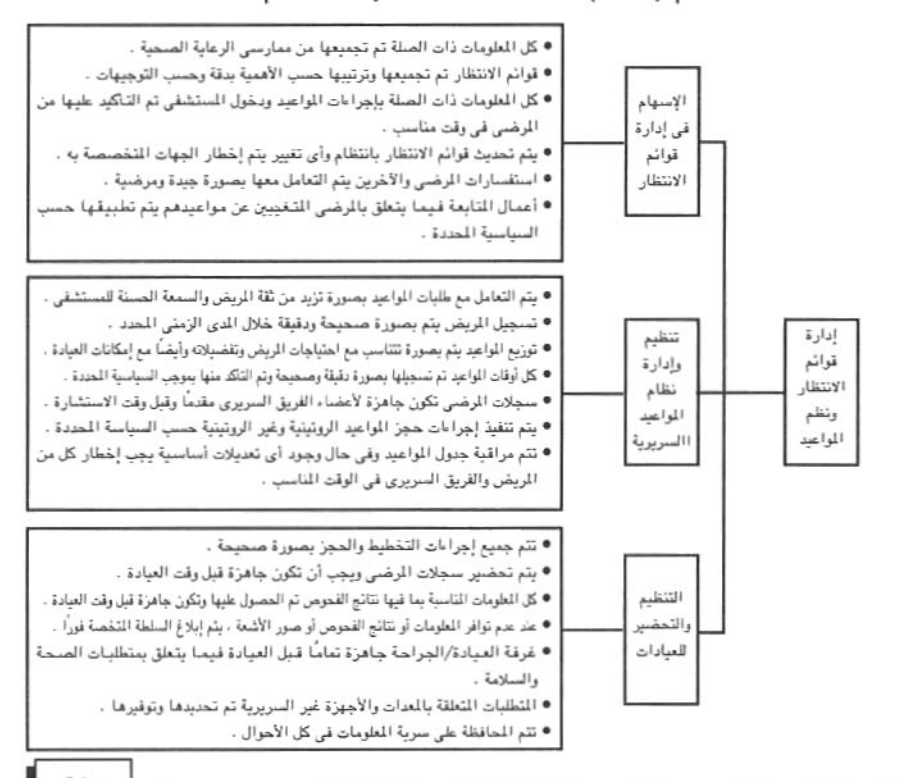
٢- استخدام الأسهم لتوضيح المسائل المرتبطة .

٣- استخدام المربع المزدوج لتوضيح عامل أو سبب أساسى . كما فى الشكل رقم (٦-٧) .

الشكل رقم (٦-٧) : شكل العلاقات المتبادلة



الشكل رقم (٦- ٨) الشكل الشجرى : إدارة قوائم الانتظار



٣- المخطط أو الشكل الشجرى : *Tree Diagram*

يقوم هذا الشكل بعمل ترتيب منتظم لطيف واسع من الأنشطة التى يجب إنجازها لتحقيق هدف أو نتيجة محددة . ويتطلب فحصًا للروابط الموضوعية والمتتالية بين الأعمال . وتعتبر هذه الطريقة ترياقًا للطريقة السريعة والسطحية (رغم ما توصف بها من تركيز على التوجيه العملى) الرامية إلى إيجاد حلول جاهزة ! . ويعمل بهذه الطريقة فى الظروف التالية :

- عندما يسود فهم مشوش حول عملية مجموعة من الأنشطة .
- عندما تكون هناك حاجة إلى تحليل يتسم بالشمولية .
- عندما يكون هناك انتقال من مهمة أو عمل محدد إلى مجموعة واسعة من الأهداف .
- عندما يكون الموضوع معقداً .

وتشتمل خطوات هذه الطريقة على ما يلى :

- البدء بعمل أو عملية واحدة وكتابتها فى الطرف الأيسر من الورقة أو على السبورة .
- السؤال عن المطلوب لإكمال العمل - وضع أوزان من نقطة إلى خمس نقاط .
- اسأل لكل واحدة من هذه النقاط السؤال نفسه .

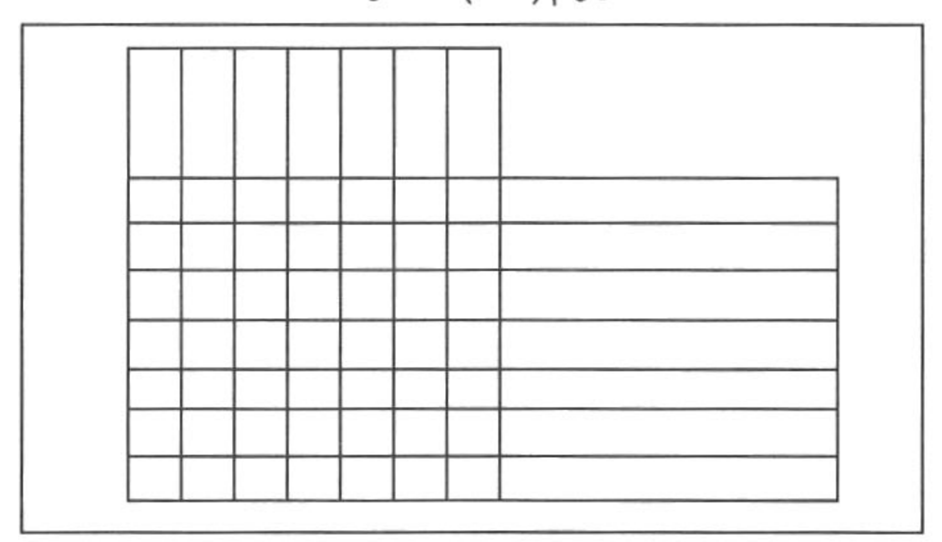
ويوضح الشكل رقم (٦- ٨) مثالاً حول كيفية إدارة قائمة الانتظار باستخدام المخطط الشجرى .

٤- التصميم المصفوفى : *Matrix Design*

إن الغرض من هذه الوسيلة الهامة هو تخطيط العلاقات البينية بين الأعمال الفرعية وتحديد الأهمية النسبية لكل منها . وتتوافر هذه الوسيلة بصورة مطابقة فى بالشكل رقم (٦- ٩) على شكل مصفوفة تتخذ رسم الحرف اللاتينى " *L* " . ويوضح هذا الشكل ، التقاطع بين مجموعتين مترابطتين من البنود أو الأعمال . أما الشكل رقم (٦-١٠) فهو يعطى مثالاً للتصميم المصفوفى المتعلق بتصور أو مرئيات كل من المريض وطبيب الجراحة للجودة .

وتجدر الإشارة إلى أنه يمكن تطويع هذا الشكل ليأخذ شكل مصفوفة تتخذ الحرف اللاتينى " *T* " رسماً لها ، والتى هى عبارة عن تجميع مصفوفتين للشكل السابق " *L* " . ويوضح الشكل رقم (٦- ١١) مثالاً لنمط المصفوفة " *T* " المستخدمة لتصميم التدريب للجودة على المستوى الكلى للوحدة الصحية .

الشكل رقم (٦– ٩) : مصفوفة " *L* "



الشكل رقم (٦– ١٠) : تصور كل من المريض وطبيب الجراحة للجودة

	تصور الطبيب						
تصور المريض	مدة المكوث بالمستشفى	توافر الأسرة	توافر غرف العمليات	كفاءة صغار العمالة الطبية	سرعة الإجراء	فريق العمل	العلاقة مع المريض
سهولة عملية إدخاله							
الاستقبال							
الخدمات الفندقية							
مواقف (استعدادات)العاملين							
المعلومات							
معاناة أو ألم ما بعد العملية							
ترتيبات خروجه من المستشفى							

الشكل رقم (٦– ١١) : نمط المصفوفة " T " : تصميم التدريب فى مجالات الجودة على المستوى الكلى للوحدة الصحية

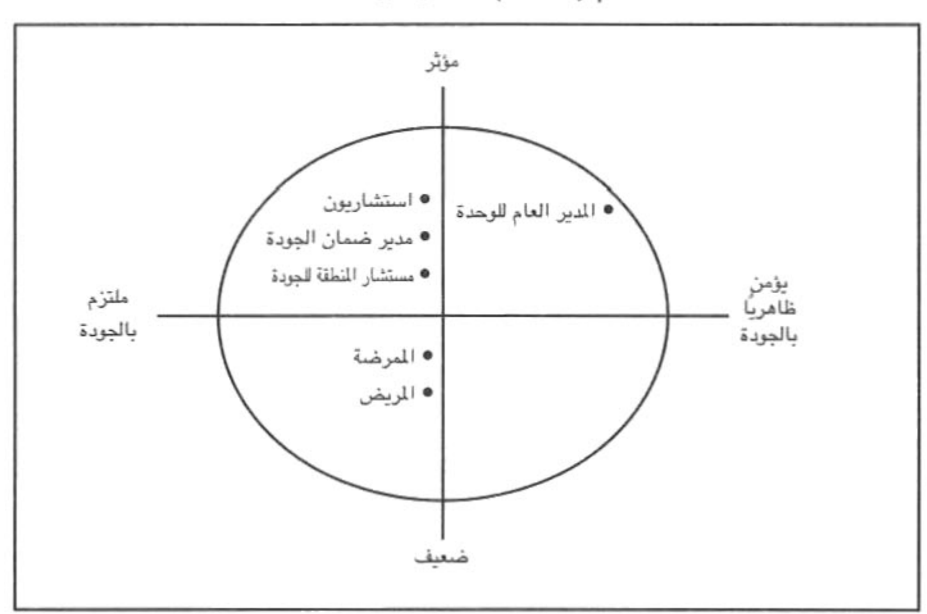
	التدريب فى ماذا ؟	ماهى إدارة الجودة الشاملة ؟	القيم الثقافية	فرق العمل	فرق تحسين الجودة	تخطيط الأعمال	تحسين إدارة الموارد	رعاية العملاء	التصميم والمستوى المعيارى	التدريب	تكاليف الجودة
من يحتاج إلى التدريب ؟	الأطباء										
	الممرضون										
	العمالة شبه الطبية										
	الخدمات الفندقية										
	كبار المديرين										
	مديرو الإدارة الوسطى										
	السكرتاريون										
	الخدمات المساندة										
من يقدم التدريب ؟	كبار المديرين										
	مديرو الجودة										
	كبار الأطباء السريريين										
	مديرو الأعمال										
	المدربون										

٥- تحليل بيانات المصفوفة : *Matrix Data Analysis*

تساعد طريقة تحليل بيانات المصفوفة فى ترتيب المعلومات من الشكل المصفوفى ، بما يجعلها أكثر سهولة عند فحص وتوضيح العلاقات بين المتغيرات . وقد يكون تطويرها صعباً ومعقداً عند استخدام وسائل وطرق إحصائية متقدمة (على سبيل المثال : تحليل العناصر *Component Analysis*) . وتسمح هذه الطريقة باستعراض

الموضوعات والقضايا وأنماط السلوك الرئيسية بأسلوب ذى بعدين ، على أقل تقدير. وفى هذا الصدد نحيل القارئ لشكل التدريب كما ورد فى دراسة " كوش *koch*" ، عام ١٩٩١م . والآن نعيدها على الوجه الذى يوضحه الشكل رقم (٦-١٢) .

الشكل رقم (٦- ١٢) : تحليل بيانات المصفوفة



٦- مخطط برنامج شكل العملية *Process Diagram Programme Chart:*

هذا المخطط يتم استخدامه لتعريف كل حدث متوقع ، أو غير متوقع فى العمليات السريرية وغير السريرية . ويساعد المخطط فى التخطيط للحدث ، وكذلك التخطيط لكيفية تلافى ما قد يواكب تحقيقه من انحرافات . وهو ، يماثل من حيث التكوين ، الشكل الشجرى ، ويتضمن :

- تحديد جزء واحد من العملية قيد البحث .
- طرح السؤال : ما هو الشىء الخطأ الذى قد يحدث فى هذه النقطة المحددة .

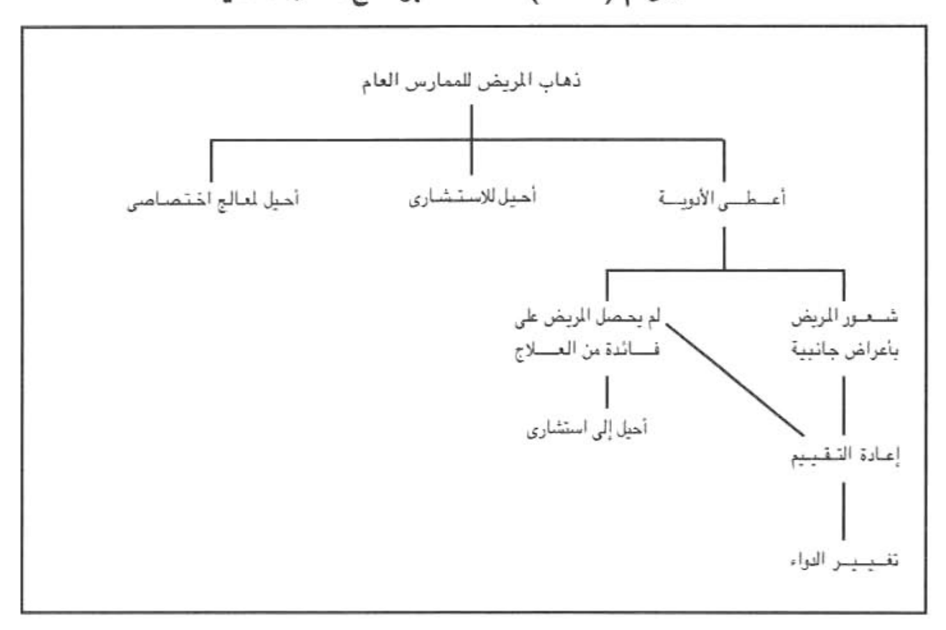
- إعداد قائمة بالإجراء أو الإجراء المضاد الذى يمكن اتخاذه .

- المواصلة حتى اكتمال العملية .

- التكرار مع أجزاء أخرى من العملية .

ويوضح المثال أدناه ، الموضح فى الشكل رقم (٦-١٣) ، مخطط برنامج شكل العملية لتقديم خدمات العلاج النفسى .

الشكل رقم (٦-١٣) : مخطط برنامج شكل العملية



٧- **الشكل السهمى** : *Arrow Diagram*

هذه الطريقة مشابهة لدرجة كبيرة لمنهجية تتبع سكة المريض التى تم استعراضها فى فصل سابق ، والتى تُستخدم لتخطيط عملية ما ، بصورة محددة ومفصلة . وتساعد هذه الطريقة فى فهم الأعمال الهامة المتصفة بالتكرارية . وطبقًا لذلك فهى مشابهة لطريقة تحليل المسار الحرج *(Critical Path Analysis)* .

إن الكثير من هذه الأساليب ، إن لم تكن كلها ، والتى تعرف جماعيًا باسم " تطوير وظيفة الجودة " تتسم بالبساطة ، ولكنها أيضًا توفر قدرًا من البنائية والتنظيم عند تحليل وتصميم العمليات المعقدة .

إدارة المخطط ووضع المعايير :

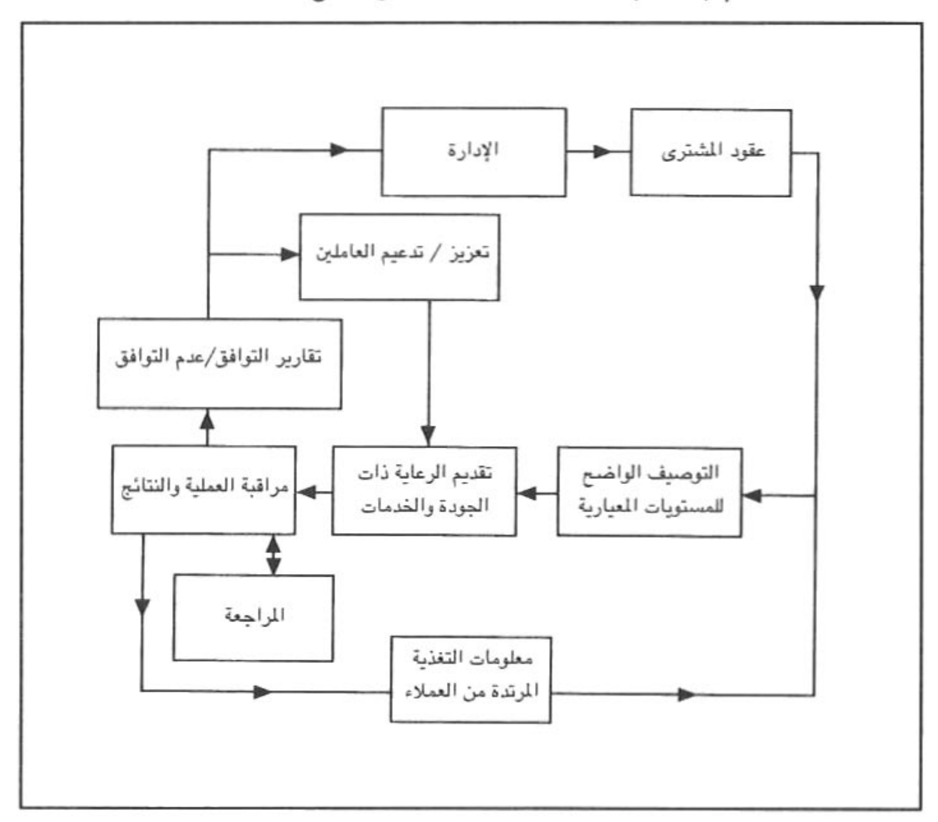
لعله من المهم عند الحديث عن إدارة الجودة ، التأكد من أن هذه العملية هى تحت الرقابة ، ويتم مراجعتها بغرض إنجازها على الوجه المطلوب ، وأنها تسمح وتتأكد من مشاركة الأشخاص ذوى الصلة ، وأنه قد تم توفير كافة مقوماتها والموارد التى تحتاج إليها فيما يتعلق بعاملى الزمن والخبرة .

ومن المهم أيضًا الأخذ فى الاعتبار ما يلى :

- أنه ليست هناك مجموعات لمقاييس (أو لمستويات معيارية) الرعاية الصحية تكون شاملة ومكتملة . أى أنه يوجد دائماً مجال للتحسين والتطوير .
- إن كل وحدة تقوم بتقديم خدمة الرعاية ، وكل فئة من العاملين بهذه الوحدات ، يمكن لها ولهم أن يتعلموا من تجارب الوحدات الأخرى ومما استطاعت تطويره . وهذا لا يتناقض ، على أى وجه ، مع قضايا ملكية الأفكار أو ذاتيتها ، أو بقدرة العاملين على تطوير مستويات معيارية بأنفسهم .
- إن التصميم دائمًا ما تحدده محددات تتصل بالمرضى أو العملاء أو بمحددات مالية .

ويوضح الشكل رقم (٦-١٤) الآتى العناصر الرئيسية فى عملية وضع المستويات المعيارية .

الشكل رقم (٦-١٤) : العناصر الرئيسية فى وضع المستويات المعيارية



وفى جزء سابق فى هذا الفصل ، تم توضيح قائمة التحقق الأساسية عند وضع المستويات المعيارية . ويوضح الشكل رقم (٦- ١٥) أحد الأمثلة على نتائج المراجعة المبدئية لوضع هذه المستويات . ويوضح ، أيضًا ، النشاط المكثف والمعتبر لعملية المراجعة الأولية ووضع المستويات المعيارية ، إلا أنه بحاجة إلى المزيد من التطوير كى تكون هذه العملية عند المستوى المطلوب . أما الشكل رقم (٦- ١٦) فيظهر نموذجًا لكل من موضوعات : خطة التنفيذ ، والجدول الزمنى لعملية وضع المستويات المعيارية (ومراقبتها) .

الشكل رقم (٦- ١٥) : المهن المتصلة بالطب : قائمة التحقق من وضع المستويات المعيارية ومراقبة تنفيذها

المهن المتصلة بالطب

وضع المستويات المعيارية وقائمة المراقبة

هل للإدارة مستويات معيارية مكتوبة ؟	**الإدارة (أ)**	**الإدارة (ب)**	**الإدارة (ج)**	**الإدارة (د)**
أ - هل هي وصفية (أي لا يمكن قياسها) ؟	✓	✓	✓	✓
ب- هل هي قابلة للقياس (محددة ، غالبًا بشكل رقمي يمكن قياسه) ؟	بعضها	بعضها	بعضها	بعضها
ج- هل رسالة المنظمة / الوحدة محددة / و كذلك أهداف الخدمة ؟	؟	✓	✓	✓
فيما يتعلق بالمستويات التي يمكن قياسها – هل هي :				
أ- شاملة (أي تغطي جوانب الخدمة) ؟	٩٠٪	٩٩٪	٨٠٪ سريرية ٧٥٪ إدارية	٧٥٪ سريرية ٩٥٪ إدارية /خدمية
ب- هل تغطي (١-١٠) من الجوانب / المواضيع الرئيسية ؟	لا	✓	✓	✓
ج- هناك مراجعة كل ستة أشهر ؟ هل للإدارة/الوحدة فكرة واضحة ؟	؟	سيتم اتخاذ القرار	لا	✓
هل للإدارة/ الوحدة فكرة واضحة /أو خطة للمواضيع/ الجوانب التي سيتم لاحقًا إعداد المستويات المعيارية لها ؟	نعم	قيد المراجعة	قيد المراجعة	٩٩٪
بالنسبة لكل العاملين بالإدارة / الوحدة :	✓	✓	✓	✓
أ- يعلمون قليلاً حول هذه العملية .	✓	✓	✓	✓
ب - يعلمونها ومتفقون حول هذه المستويات .	✓	✓	✓	✓
ج - هل تتصل هذه بالمراجعة ؟	؟	في موضوعين	تحت التطوير	✓

(تابع) الشكل رقم (٦– ١٥) : المهن المتصلة بالطب : قائمة التحقق من وضع المستويات المعيارية ومراقبة تنفيذها

المهن المتصلة بالطب

وضع المستويات المعيارية وقائمة المراقبة

	الإدارة (أ)	الإدارة (ب)	الإدارة (ج)	الإدارة (د)
د ـ هل ترتبط هذه بمعلومات التغذية المرتدة من العملاء ؟	؟	في العيادات الخارجية	؟	التقارير السنوية تذهب للمحالين
هل هناك عملية مراقبة واضحة لتقييم الأداء الحالى مقابل المستويات الموضوعة ؟	١-تمت مراجعة البطاقات ٢- تطوير الاحتياجات	١- مراجعة أوقات الانتظار ٢- تطوير الاحتياجات	١- تطوير الاحتياجات المراجعة الخارجية	١- التقرير السنوى للنتائج ٢- المراجعة كل أسبوعين ٣- قائمة مراجعة خروج المرضى الأفراد من المستشفى ٤- الربط بالعاملين
٦- أ ـ هل يتم إعداد تقرير ربع سنوى ؟	لا	لا	لا	تقرير سنوى
ب ـ هل تمت مناقشة موضوع هذا التقرير مع العاملين ؟	لا	لا	لا	نعم
ج ـ هل يتسلم المدير الأعلى نسخة من التقرير ؟	لا	لا	لا	نعم
د ـ هل يتم اتخاذ شيء حيال الأداء غير المتوافق مع المستوى المعيارى ؟	بصورة غير رسمية	بصورة غير رسمية	بصورة غير رسمية	نعم

الشكل رقم (٦– ١٦) : خطة التنفيذ والجدول الزمنى لوضع المستويات المعيارية

تصميم جودة الرعاية الصحية : إعداد ومراقبة المستويات المعيارية ، خطة التنفيذ و الجدول الزمنى

مقدمة :

لقد تم نقاش طويل وعمل متواصل فى العديد من الإدارات فى نطاق السلطة الصحية الإقليمية حول تطوير مستويات معيارية يمكن قياسها . وكانت أسباب وأهداف وضع وإعداد هذه المستويات قد تم شرحها و توصيفها فى وثيقة حديثة ، وذلك عند تطوير إستراتيجية الجودة الشاملة فى بداية هذا العام . وتم أيضا مناقشة الصعوبات التى تكتنف تحديد المسائل والموضوعات الرئيسية . وكان ذلك بعد عقد العديد من ورش العمل حول ذات الموضوع. وقد تزامن عقد هذه الورش مع العملية الموسعة لتخطيط الجودة على مستوى الإدارة الوحدة والتى شارفت على الانتهاء . وهذه الورقة الموجزة توضح خطة مباشرة للتنفيذ وجدول زمنى بقصد تحقيق الأسلوب الشامل .

خطة التنفيذ :

تتطلب خطة التنفيذ مراعاة الخطوات التالية ، إذا لم يتم تحقيقها من قبل :

أ- راجع العملية الحالية لوضع وإعداد المستويات المعيارية باستخدام القائمة المرفقة . مرفق أيضا مثال توضيحى حول كيفية استخدامها .

ب- قم بإعداد خطة للإدارة لتحقيق ما يلى :

١- المواضيع الواجب أخذها فى الاعتبار عند إعداد المستويات لعام ١٩٩١/١٩٩٢ .

٢- بحث كيفية تحويل المواضيع إلى :

أ - مستويات معيارية يمكن قياسها .

ب - وضع آليات واضحة للمراقبة .

٣- تقارير الموافقة / المطابقة من حيث النماذج والجدول الزمنى .

٤- كيفية استخدام المعلومات فى الفقرة (٣) لتحقيق ما يلى :

أ- تحسين الخدمة .

ب - تعزيز /تدعيم العاملين .

ويقترح أن يتم نظام نموذج الصفحة الواحدة إلا إذا كان هناك سبب آخر يدعو لغير ذلك . ويتميز هذا النظام بأنه متوافق مع مبادرة الإدارة لتخطيط الجودة .

الجدول الزمنى :

الخطوة (أ) مراجعة وضع المستويات المعيارية	نهاية أكتوبر	١٩٩١
الخطوة (ب) وضع المستويات المعيارية على مستوى الإدارة	نهاية ديسمبر	١٩٩١

وما دمنا نتحدث عن موضوع وضع المستويات المعيارية نود أن ننوه أن نموذج " سكة تتبع المريض " والذى تمت مناقشته آنفًا عند معرض حديثنا عن تخطيط الجودة ، يعتبر طريقة مفيدة جداً فى ترتيب تطوير المستويات المعيارية لكل موضوع ، أو أى مؤشر للجودة تم تحديده بحيث يمكن تقسيمه إلى مستوى أو إلى عدة مستويات معيارية . انظر الشكل رقم (٦-١٧) . وتوضح الأشكال (٦-١٨) إلى (٦-٢١) المزيد من الأمثلة للمستويات المكتوبة ونماذجها المستخدمة .

الشكل رقم (٦ – ١٧) : الإدارة : خطة الجودة لتقديم الخدمة – ملاءمة الخدمة

(1991 Koch & Chapman)

المؤشر	وصف المستوى المعيارى أو المقياس / الهدف	المؤشر أو المؤشرات التى يمكن قياسها	الإنجاز المستهدف أو الإنجازات المستهدفة	طريقة المراقبة ، ومستوى التكرار والمسؤوليات
١- جودة الخدمة المقدمة (١ : ١) مدى ملاءمتها	١:١:١ المرضى ينتظرون فى العيادة لأدنى حد ممكن	وقت الانتظار	٧٥٪ من المرضى تمت رؤيتهم فى غضون ٣٠ دقيقة ١٠٠٪ تمت رؤيتهم فى غضون ٤٥ دقيقة على الأقل .	يقوم مدير الأعمال بمراجعة أوقات الانتظار فى كل عيادة شهرياً
	٢:١:١ يتم الترحيب بالمرضى فى الجناح ويتم أخذهم لأسرتهم فى أسرع وقت ممكن . ويشمل الترحيب إفهام المرضى أو ذويهم لأسباب التنويم .	الوقت بين دخول الجناح ونقلهم إلى أسرتهم .	٨٠٪ فى ١٠دقائق . ١٠٠٪ فى ٢٠دقيقة .	على ممرضة الجناح مراجعة الأمر أسبوعياً . وتراجع مديرة إدارة التمريض ١٠٪ من حالات الإدخال إلى الأجنحة كل أسبوعين .
	بيئة الجناح صحية وتبعث على السرور	التفتيش بالنظر والتأكد من نظافة الجناح أسبوعياً عن طريق قائمة النظافة	عدم وجود شكاوى من العاملين أو المرضى	عن طريق ممرضة الجناح والمشرف المحلى أسبوعياً . وعن طريق ممرضة مراقبة العدوى ومدير الإدارة للتمريض شهرياً .
	ممتلكات وأغراض المرضى تحفظ بسلامة خلال فترة تنويم المرضى . وعلى كل العاملين أن يكونوا ملمين بهذا الأمر .	تشيق الأمانات عند الضرورة وإبلاغ المرضى بوجود هذه السياسات	ليس هناك ضياع للأمانات	عمل اختبار شهرى عشوائى لدى معرفة العاملين والمرضى بالسياسات . يقوم مدير الأعمال بمراقبة أى ضياع للأمانات .
	الأجنحة المخصصة لأمراض الروماتيزم و CRC عليها التأكد من الجودة المرتفعة للرعاية الاستشارية وكذلك الأمر بالنسبة للأسرة التى يشغلها مرضى العظام .	تشخيص حالات المرضى الذين تم إدخالهم للتنويم .	رفض حالات التنويم إذا لم تكن عبر استشارة الإدارة.	مديرة إدارة التمريض (أو من تفوضه من معاونيها) عليها إخطار مدير الأعمال . يومياً بالمرضى غير الملتزمين .
	٣:١:١ زيادة أعداد المرضى الذين يعالجون فى العيادات النهارية .	عدد المرضى المراجعين للعيادات النهارية وعدد حالات الدخول العادية الاختيارية .	٢٥٪من حالات أمراض العظام وجراحتها	شهرياً عن طريق الحاسب الآلى للعمليات من خلال مدير الأعمال .

تابع الشكل رقم (٦ – ١٧) : الإدارة : خطة الجودة لتقديم الخدمة – ملاءمة الخدمة
(1991 Koch & Chapman)

المؤشر	وصف المستوى المعيارى أو المقياس / الهدف	المؤشر أو المؤشرات التى يمكن قياسها	الإنجاز المستهدف أو الإنجازات المستهدفة	طريقة المراقبة ، ومستوى التكرار والمسؤوليات
١- جودة الخدمة المقدمة (١ : ١) مدى ملاءمتها	١:١:٤:تنفيذ السياسة	إعداد تواريخ الخروج من المستشفى خلال ٢٤ ساعة متى كان ذلك ممكنًا	٩٠٪	تقوم مديرة إدارة التمريض بإجراء فحص عشوائى للوثائق/ السجلات : بواقع ٥ لكل جناح كل أسبوعين
		عدد المرضى الذين أخرجوا بدون خطاب الخروج موقعًا من قبل الطبيب المختص .	٩٨٪	تحتفظ ممرضة الجناح بقائمة جميع المرضى الذين يغادرون قبل توقيع الطبيب لخطاب الخروج وترسل أرقامهم لـ .B.M شهرياً
		عدد المرضى الذين يرى الأطباء أنهم يمكنهم الخروج ولكنهم لا يستطيعون الخروج	٢٪	
	١:١:٥ جراحة العظام : الاتصال المستمر وفى الوقت المناسب مع الممارس العام	إرسال خطابات إشعار لمرضى العيادات الخارجية .	خلال أسبوع واحد	السكرتيرة التنفيذية المسؤولة تراجع أسبوعياً وتعد تقريراً بذلك .
	أمراض الروماتيزم	إرسال خطابات مرضى العيادة الخارجية .	خلال أسبوعين .	السكرتيرة المسؤولة تراجع أسبوعياً وتعد تقريراً بذلك
	كل الاستشاريين متاحين للتحدث على الهاتف مع الممارسين العامين ، طيلة ٢٤ ساعة عن طريق النداء الآلى	عدد الشكاوى الشفوية والمكتوبة	الوجود على الأقل مرتين أسبوعياً لمدة ساعة على الأقل	يقوم مدير الأعمال بعمل بزيارة مفاجئة شهرياً

الشكل رقم (٦- ١٨) معايير حقوق المريض
(وزارة الصحة ١٩٩٢)

- أن يتلقى المريض الرعاية الصحية على أساس احتياجاته الطبية (السريرية) ، بغض النظر عن مقدرته على الدفع .
- أن يكون مسجلاً فى العيادة الطبية العامة .
- أن يتلقى الرعاية الطبية فى حالات الطوارئ فى أى وقت ، عن طريق عيادتكم الطبية العامة أو إدارة خدمات إسعاف الطوارئ ، وقسم الحوادث والطوارئ بالمستشفى .
- أن يتم تحويله إلى طبيب استشارى يكون مقبولاً منكم ، عندما يعتقد الطبيب العام لديكم بأن هذا الإجراء ضرورى ، وأن يحال لأخذ رأى استشارى ثانٍ إذا وافقتم أنتم وطبيبكم العام على أن هذا الإجراء مطلوب .
- أن يعطى المريض تفسيراً واضحاً حول أى معالجة (علاج) أو تدبير يقترح له ، بما فى ذلك أى أخطار قد يتعرض لها نتيجة ذلك ، إضافة إلى إعلامه ببدائل التدابير التى تتناسب وحالته الصحية ، وذلك قبل تقريره بالموافقة على العلاج المقترح له ، من قبل الطبيب الذى سيعالجه ، أو أفراد الفريق الطبى المعالج .
- أن يتاح للمريض الحصول على سجلاته الصحية عند الضرورة ، وأن يُعلم بأن أولئك الذين يعملون فى نظام الخدمة الصحية الوطنية هم تحت طائلة المسؤولية القانونية فى حال عدم حفاظهم على سرية معلومات حالته المرضية .
- أن يكون للمريض الخيار فى التقرير عن رغبته فى المشاركة أو عدم المشاركة فى الأبحاث الطبية ، أو التدريب الطبى ، الذى يتم فى بعض المرافق الطبية .
- أن يعطى المريض معلومات مفصلة عن الخدمات الصحية المحلية ، بما فيها مقاييس الجودة المتبعة فيها ، والحد الأقصى لأوقات انتظار المرضى فيها .
- أن يكون للمريض الحق فى الحصول على إذن لإدخاله إلى المستشفى للعلاج عندما تستدعى حالته ذلك ، وذلك وفق تاريخ محدد ، لا يزيد على سنتين من اليوم الذى يضعه فيه طبيبه الاستشارى على قائمة الانتظار .
- أن يكون للمريض الحق فى حال وجود شكوى منه عن الخدمات التى يقدمها نظام " الخدمة الصحية الوطنية " - بغض النظر عن الجهات المقدمة للخدمة - وأن يتم إجراء تحقيق فى شكواه ، وأن يتلقى إجابة سريعة حولها ، بحيث تكون شاملة ومكتوبة من قبل المدير التنفيذى ، أو المدير العام للخدمة الصحية .

الشكل رقم (٦- ١٩) ميثاق الأطفال (نوتنجهام ١٩٩١)

- للأطفال وآبائهم الحق فى التعبير عن المسائل بطريقتهم الخاصة ، ولهم الحق كذلك فى المشاركة باتخاذ القرارات . ويقع على عاتقنا مسؤولية حفظ هذه الحقوق فى نطاق المحددات العملية فى هذا المستشفى .

- للأطفال حق الاستفادة العادلة من المعالجة ، وكذلك من التسهيلات العلاجية المتاحة لهم بالمستشفى .

- للأطفال الحق فى تلقى رعاية معتبرة ومحترمة بحيث تحفظ لهم كرامتهم فى جميع الأوقات .

- للأطفال الحق فى أن يعالجوا فى بيئة تتسم بالسلامة .

- يجب أن تكون الاتصالات واضحة وبلغة سهلة ؛ إذ إن فهم الأطفال وآبائهم من المسائل الهامة . ويجب تقديم العون لمن يعانون من مشاكل خاصة بالفهم .

- إن الآباء مدعوون دائمًا للمشاركة فى توفير الرعاية لأبنائهم متى كان ذلك مناسباً. وعلينا مسؤولية توفير العون المناسب .

- للآباء الحق فى البقاء مع أطفالهم خلال فترة مكوثهم بالمستشفى ؛ إذ إن تسهيلات السكن أو النوم ستؤمن لهم .

- للأطفال الحق فى الحصول على تعليم مناسب وتسهيلات لعب خلال فترة بقائهم بالمستشفى .

- للأطفال وآبائهم الحق فى معرفة اسم ومهنة كل شخص يقدم لهم خدمة ما .

- للأطفال وآبائهم الحق فى أن تتم استشارتهم حول الرعاية المقدمة أو المشاركة فى عمليات التعليم والبحوث التى تجرى بالمستشفى .

- للأطفال وأسرهم الحق فى توقع اتصالات فعالة وتنسيق أمور عنايتهم بين المستشفى وخدمات صحة المجتمع وأجهزة ومؤسسات الرعاية الأخرى ذات الصلة .

الشكل رقم (٦ – ٢٠) : التعامل مع الحالة النفسية

	أحقية الحصول على الخدمة والمشاركة	اتساع الوظائف	التخطيط الفردى	الاستمرارية	المسؤولية والمحاسبة
الإحالة /التعريف	– هل لهذه الخدمة سمعة مناسبة ؟	– هل تلبى هذه الخدمة مدى معقولاً من الوظائف ، وهل هذا الأمر ينعكس على نوع ومصدر الإحالات ؟	– هل تم تجميع معلومات كافية عند الإحالة بما يساعد فى التخطيط السليم للتقييم ؟	– هل تمت الإحالة للجهاز الذى سيقوم بعمل التقييم وينسق تقديم الخدمة ؟	– هل يعرفون من هو المسؤول عن مساعدة هؤلاء الذين لا تنطبق عليهم معايير الأحقية ؟
التقييم	– هل تتم ترقية وتعزيز الاتصال الفعال ؟ (مثلاً : من خلال استخدام محامين ، ومترجمين ، أو مركبى أسنان مستعارة) .	– هل التقييم العام يهتم بكافة نطاق الاحتياجات ونطاق القوة التى يقدمها مستخدمو الخدمة والقائمون على رعايتهم	– هل تأخذ مسائل مثل : موقع التقييم ، واختبار المقومين ، ونوع التقييم فى اعتبارها خواص الأفراد المحالين ؟	– هل يمكن للآخرين المشاركين أصلاً مثل العاملين ومقدمى الرعاية المشاركة فى التقييم ؟	– هل مسؤولية تنسيق التقييم تم تخصيصها بصورة واضحة ؟
التخطيط	– هل تسمح عملية اتخاذ القرار لآراء المستفيدين من الخدمة ومقدمى الرعاية بأن ينظر فيها ؟	– هل التخطيط يبنى حقيقة على تقييم الاحتياجات ونقاط القوة ؟	– هل للعاملين فرصة للدخول على الميزانيات بما يزيد من مرونة خدمة التخطيط الفردى ؟	– هل التخطيط يتأسس على المساعدة الحالية دون زيادة فى الأعباء ؟	– ما هو مدى تأثير الجهاز المختص بالتخطيط الفردى على مقدمى الخدمة الآخرين ؟ (هل له أى دور فى المشتريات مثلاً ؟)
التنفيذ/تقديم الخدمة	– هل الخدمات التى تقدم يسهل الوصول إليها فعلياً ، وخالية من الإعاقات ، وتتسم باستيعابها للخلفيات الثقافية المختلفة ، إضافة إلى إمكانية استخدامها من قبل من ليست لهم إعاقات ؟	– هل الخدمات التى تقدم تستجيب لكافة نطاق احتياجات المستخدمين ومقدمى الرعاية وهل تبنى على نقاط القوة والأصول المتاحة ؟	– هل يعكس تقديم الخدمة تفصيلات الأفراد للخطة ؟	– هل نفس الشخص أو الفريق يكون دائماً موجوداً فى أوقات الأزمات أو خلال المراحل الانتقالية ؟	– من هو المسؤول فى حالة فشل أحد الأجهزة المشاركة فى تنفيذ الخطة لتقديم الخدمة المطلوبة ؟
المراجعة	– كيف تتم مشاركة المستفيدين من الخدمة ومقدميها فى القرارات حول مدى جودة العون المقدم فى تلبية احتياجات المستفيدين والاستفادة من نقاط قوتهم ؟	– هل يثير الفريق المختص بعملية المراجعة أسئلة حول نطاق الوظائف التى ينبغى على الخدمة (والخدمات الأخرى المتصلة بها) أن تستوفيها للمستفيدين من الخدمة ؟	– هل تتأسس المراجعة على التفاصيل المحددة فى الخطة أم على التقدير العام للنتائج ؟	– هل يقوم شخص واحد بمراقبة التقدم باستمرار ؟	– هل خطوط المحاسبة حول إخفاقات الخدمة محددة بشكل واضح ؟

الشكل رقم (٦- ٢١) المستويات المعيارية للعيادات الخارجية

المبادئ / القواعد	شعارات الجودة إيجاد مستويات معيارية محلية	الطرق الممكنة لجمع البيانات
المستويات المعيارية لسهولة الحصول على الخدمة .		
١- يجب تزويد الممارس العام بمعلومات حول أوقات انتظار المرضى الخارجيين والمنومين لكل استشارى ، مع الإشارة إلى أى نوع من الخبرة الخاصة (والتي يمكن أن تشمل متى كان مناسباً الإلمام بلغات أخرى) . كما يجب تزويد الممارسين العامين ببروتوكول المعالجة الطبية الخاص بجميع التخصصات والذى يشمل أسماء جميع الاستشاريين في المجتمع المحلى ، كما يشمل أيضاً نصائح حول الاختبارات والفحوص التشخيصية المطلوبة عند الحاجة إلى عمل إحالة عاجلة إلى الاستشارى . تتم استشارة الممارسين العامين حول مستوى جودة تقديم المعلومات .	المعلومات المرسلة للممارسين العامين سيتم تحديثها وإرسالها لهم كل (...) شهور .	تحقق من تسلُّم الممارسين العامين للمعلومات . ناقش مع إدارة المجتمع المحلى
٢- يجب أن يتسلم كافة المرضى إشعاراً فورياً بأن إحالات ممارسين العامين قد تم تسلمها .	كل إحالات المرة الأولى غير العاجلة سيتم إشعار المرضى بها ، على أن يتضمن الإشعار موعد المقابلة ، وتوضيح وقت الانتظار المتوقع ، وأن يتم ذلك خلال (....) يوماً من استلام المستشفى للإحالة .	استخدام عينات منتظمة للفترات الزمنية بين تسلُّم خطابات الإحالة ويوم إرسال خطاب الإشعار
٣- يجب تحديد وقت الانتظار الأقصى المرغوب فيه من وقت تسلُّم الإحالة إلى يوم مقابلة المريض للاستشارى بالعيادة .	(......) ٪ من إحالات المرة الأولى غير العاجلة سيتم إعطاؤها تاريخاً محدداً للمقابلة ، مما يعنى أنه ستتم رؤيتهم فى العيادة خلال (....) أسبوع من تاريخ تسلُّم المستشفى للإحالة .	ما هى أوقات الانتظار الراهنة (انظر معلومات الممارس العام) للمواعيد الجديدة ؟ استخدام عينات منتظمة للفترات بين تاريخ تسلُّم الإحالة وتاريخ المواعيد المحددة .

ونحيل القارئ إلى الوصف السابق لعملية إعداد المستويات المعيارية كما وردت فى دراسة "كوش *Koch* ، ١٩٩١" ، وذلك للمزيد من التفاصيل حول كتابة المستويات المعيارية .

ومهما كان الأسلوب أو الطريقة أو العملية التى اتبعت فى تخطيط وتحديد وتعيير الخدمة ، فإنه من المهم وجود تصميم نموذج للمراجعة ؛ للتأكد من أن العملية تسير باتجاه تحقيق الأهداف المرغوبة المتصلة بالتوصيف الواضح أو الخدمة المقدمة . إن الغرض من هذه المراجعة للتصميم الخاص بوضع المستوى المعيارى أو المقياس ، هو إيجاد :

- تصميم للمستويات المعيارية للخدمة تلبى كل المعايير الواضحة للأداء التى تم تحديدها فى :

١- العقود .

٢- المتطلبات النظامية .

٣- المتطلبات المهنية (المتفق عليها داخل الخدمة) .

- تصميم / مستوى معيارى للخدمة يمكن تقديمه بطريقة ترضى المريض والوحدة المقدمة للخدمة فى آن معًا .
- البدائل الحيوية التى تمت دراستها والنظر فيها .
- تصميم/ مستويات معيارية موثقة بصورة مناسبة .

ومن المواضيع التى يهتم بها المؤلف حاليًا هو كيفية ترتيب وتنظيم عملية التصميم هذه ، بما تعنيه من وجود عدة مئات من المستويات المعيارية المكتوبة المعمول بها ، وذلك فى نطاق نظام يعمل بمعاونة الحاسب الآلى ، وجعل كل عملية تصميم لهذه المستويات تحت السيطرة .

تصميم نظام إدارة الجودة :

للتأكد من تقديم خدمة رعاية صحية تتسم بقدر عالٍ من الاتساق ؛ يجب على الوحدة المقدمة للخدمة الحرص على خاصية الاتساق بالتأكد من أن التصميم/ أو

المستويات المعيارية قادرة على التنبؤ بما ينتج من استخدام عملية واحدة بنفس المعدات ، ونفس الطريقة أو الإجراء وبنفس الشكل كل مرة . هذه العملية يجب أن ينص عليها ضمن العقد وهى الهدف من وجود نظام إدارة جودة الرعاية الصحية . إن استخدام نظام كامل التوثيق لإدارة الجودة (كما جاء فى دراسة أوكلاند ١٩٨٩: *Oakland*) سوف يضمن الإيفاء بمتطلبين رئيسيين ، هما : متطلبات العملاء (المشترى والمريض)
- الثقة بأن المستشفى وخدمات المجتمع يقدمان الخدمة بصورة متسقة .
- متطلبات الوحدة - وذلك عن طريق استخدام الموارد بصورة مثلى ؛ لتحقيق أفضل الآثار والنتائج .

ولا شك أن تصميم "نظام إدارة الجودة" يقتضى إيجاد أو توفير دليل موضوعى من المعلومات المتاحة ، يؤيد ويؤكد وجود أنشطة تتصل بنظام إدارة الجودة .

هذا ، وتقع متطلبات نظام إدارة الجودة ، عادة ، فى عدة مجموعات عامة ، وهى مشابهة لتلك المجموعات الواردة بالتفصيل فى الوثيقة *ISO 9000/ BS 5750* ، والتى تتم دراستها من قبل بعض الوحدات المقدمة للخدمة والخدمات الخاصة ؛ وذلك من أجل إجازتها والتصديق عليها ، وأنها تعمل تحت مظلة أنظمة إدارة الجودة المعتمدة . (انظر " ماكدونالد " ١٩٩١ ، سلطة "جرمسى *Grimsby*" الصحية ، "هوبكنسون *Hopkinson*" ، ١٩٩١ ، خدمات الإسعاف لعام ١٩٩٢ ، "ماكارلتى وهيكس *McCartly and Hicks* ، ١٩٩١ ، والخدمات الفنية لغسيل الكلى) .

وهذه المجموعات هى :

١- سياسة الجودة : يجب أن يكون تنظيم إستراتيجية الوحدة للجودة ، إما بمفردها أو بصورة تكاملية مع خطة الوحدة للأعمال ، واضحًا ، ومفهومًا ، وغير مبهم ، وأن يتم تنفيذه على كافة نطاق الوحدة .

٢- التنظيم : يجب أن تكون العلاقات التنظيمية وخطوط المسؤولية بصفة عامة ، وتلك المتعلقة بإدارة الجودة

على وجه الخصوص ، واضحة ، وخالية من الإبهام والغموض .

٣- نظام الجودة : ضرورة وجود دليل إرشادى يوضح السياسة العامة للجودة ، وإجراءات وممارسات الوحدة فيما يتعلق بتقديم رعاية صحية حسب مواصفات الجهات المستفيدة . وعلى الوحدة التأكد من الآتى :

- قدرتها على مقابلة هذه الإجراءات كما تم توصيفها .
- توافر المهارات المناسبة والمطلوبة للعاملين بها .
- أن الإجراءات يتم الالتزام بها فعليًا ، وألا تكون عبارة عن تأكيدات شفوية من العاملين والمشرفين والمديرين .
- أن القياس المستخدم دقيق ومحدد .
- أن عمليات تفتيش ومراقبة الجودة دقيقة ومحددة وموثقة .
- أن الغموض والإبهام فى الدليل الإرشادى فى حدودهما الدنيا .
- أن متطلبات العملاء من المشترين والمرضى مفهومة ، ويتم إيجادها بصورة منتظمة .

٤- استعراض الرقابة : يجب أن يوثق ويراجع كل عقد مبرم مع الجهات المستفيدة (المشترين) - وبطريقة تختلف عن العقود الفردية المبرمة مع كل مريض - وذلك للتأكد من أن متطلبات العقد :

- واضحة ومدونة كتابة .

- تم الإيفاء بها .

ويجب أن تكون هناك مناقشات مع كل من المستفيدين من الخدمة (فى اجتماعات إدارة التعاقد) والمرضى (فى أوقات الاستشارة) للتأكد من الفهم الواضح لكفاءة ما يقدم من خدمات .

٥- مراقبة التصميم/ والمستويات المعيارية : يجب أن تتوافر إجراءات لمراقبة الجوانب ذات العلاقة بتقديم الخدمة ؛ للتأكد من أنها ترجمت إلى مستويات معيارية ، وأن متطلبات العملاء قد تمت مقابلتها .

٦- مراقبة الوثائق والتدوين : يجب العمل على تحديث كل ما هو موثق وله علاقة بالجودة ، كما يجب مراجعتها وتنظيمها بصفة منتظمة ومراقبتها ، وذلك إما يدوياً وإما بمساعدة الحاسب الآلى . ويجب أن تشمل هذه العملية ما يلى :

أ - وجود دليل إرشادى للجودة .

ب - وجود مستوى معيارى محددة للإدارة .

ج - وجود أدلة إرشادية تنفيذية للقسم .

د - وجود إجراءات وسياسات .

هـ - وجود عقود المشترين من الخدمة .

٧ - تسويق / الشراء : يجب توافر آليات للتأكد من أن المنتجات والخدمات المشتراة ضرورية لتقديم الرعاية الصحية ، وأن الخدمة تتوافق مع المتطلبات الموضوعة والمتوقعة .

٨- التعريف والتتبع : يجب أن تكون كافة العمليات التى يشملها تقديم الرعاية والخدمة الصحية واضحة وظاهرة ، ومفهومة ويمكن تتبعها . وإذا كان لعملية المراقبة أن تكون فاعلة ؛ فيجب - فى حالة وقوع بعض المشاكل - أن تكون هناك قدرة على تعريف وتتبع وحل هذه المشاكل فى مصادرها . وهذا الأمر أدعى ما يكون عند مراجعة المسارات السريرية .

٩- الرقابة على العمليات : يجب أن تكون هناك إرشادات موثقة بالكامل متاحة لكل فرد من العاملين يطلب منه تنفيذ أعمال معقدة ، وينبغى أن يكون تدريبه الأساسى كافياً لإنجازها ، وإن كان إنجازها يتم بمهارات متباينة .

١٠- التفتيش والقياس والمراقبة : إن أى مستوى أو توصيف يحدد بالإشارة يجب أن تتبعه مراقبة مناسبة لأداء العاملين بما يضمن توافق الأداء مع المستوى المعيارى . وتتوافر عدة مستويات للمراقبة منها :

- المراقبة الذاتية من قبل الفرد لأدائه .
- مراقبة المشرف/المدير .
- مراجعة مديرى الجودة .
- المراجعة الخارجية ، وتشمل :
  - مجموعة المريض .
  - مجموعة المستفيد .
  - المجموعة الوطنية .

١١- الخدمات غير المتوافقة : ينبغى أن يكون هناك تحديد واضح لسبل التعامل مع مستويات الرعاية والخدمة التى لا تتوافق أحيانًا مع المواصفات المرغوبة ، والمتفق عليها والمطلوب تنفيذها . (مثل استخدام نتائج إجراء الشكاوى ، والحاجة إلى إعادة إدخال المريض نتيجة خطأ ، والشكاوى ذات الصلة بالمعالجة الطبية) .

١٢- الإجراء التصحيحى : الإجراءات الخاصة بتصحيح مسار عملية حادت عن المرسوم لها ، يجب أن تكون واضحة ، بما يؤدى إلى تحسين مستمر/ غير منتهى فى الجودة . ويتم هذا غالبًا عندما :

أ - يتم تحديد إخفاقات الجودة بواسطة العاملين .

ب - يكون هناك شكاوى من المرضى .

ج - يكون هناك شكاوى من العملاء/ المستفيدين من الخدمة (المشترين) .

١٣- سجلات الجودة : إن السجلات الصحية (وكذلك سجلات الخدمة غير السريرية) توفر الدليل المستمر على أن الرعاية والخدمات تقدم على الوجه المطلوب ، ويجب أن تكون العمليات المتصلة بجمع وتعبئة واسترجا ع السجلات واضحة .

١٤- التدريب : يجب أن تتوفر الإجراءات المناسبة لضمان مشاركة جميع العاملين فى :

- تحديد الاحتياجات التدريبية .
- تحديد النشاطات التدريبية .
- الحكم على سجلات التدريب .

١٥- استخدام المعلومات المستمرة : يجب حفظ واستخدام المعلومات وطرق التحليل بصورة منتظمة لمراقبة الاتجاهات السائدة فيما يتعلق بجودة الرعاية الصحية والخدمات المقدمة .

١٦- مراجعات واستعراض نظام الجودة : على الوحدة المقدمة للخدمة أن تجرى الترتيبات اللازمة للإجراء المراجعة الداخلية للجودة ، إضافة إلى المراجعة الخارجية (عن طريق استخدام أجهزة خارجية) .

١٧- هيكل التوثيق والتدوين : من أجل تدوين وتوضيح أن الأنشطة التى تم تنفيذها فى الأقسام الأخرى تعمل بصورة جيدة وحيوية من المهم توافر/ وجود دليل إرشادى للجودة لتوضيح الكيفية المتبعة فى الوحدة من أجل تنفيذ سياسة الجودة المقرة . ويلاحظ أن عدداً قليلاً من الوحدات المقدمة للخدمة كان لها مثل هذا الدليل عند إعداد هذا الكتاب . وفى العديد من الوحدات يلاحظ أنه إلى جانب الرؤية غير الواضحة لإدارة الجودة الشاملة ، فهناك تردد فيما يتعلق بمسألة مساندة احترافية العاملين عن طريق عمل اختبار موثق بشأن نظام الجودة الشاملة سواء بصورة ظاهرة أو غير ذلك . والنقاط التالية قد تكون مفيدة عند إعداد الدليل الإرشادى :

- يجب أن يكون الدليل موجزاً (٢٠-٤٠) صفحة .
- أنه ليس هناك نسق موحد أو معيارى لإعداد الدليل .
- يجب أن تعكس أقسام الدليل المجموعات الموضحة أعلاه بالقدر الذى تكون فيه ملائمة لنوع الخدمة المقدمة .

أما قائمة المحتويات التى تحتاج الوحدات المقدمة للخدمة إليها لتبدأ النقاش حولها ، لتطوير دليل إرشادى للجودة خاص بها ؛ فيمكن أن تشمل ما يلى :

١- سياسة لإستراتيجية الجودة للوحدة وتتضمن إعلان المهمة أو رسالة الجودة .

٢- مسؤوليات الوحدة والجودة (الهيكل التنظيمى) .

٣- توصيف نظام الجودة .

٤- إدارة العقد ومراجعته .

٥- الرقابة على تصميم الخدمة / ووضع المستويات المعيارية شاملة للمؤشرات المرتبطة بكل منها .

٦- الرقابة على التوثيق والتدوين .

٧- الرقابة على المشتريات .

٨- تحديد القضايا أو المشكلات وتتبعها .

٩- الرقابة على العملية .

١٠- التفتيش ، والقياس ، والمراقبة .

١١- الرقابة وعدم التوافق .

١٢- الإجراء التصحيحى .

١٣- سجلات الجودة .

١٤- التدريب .

١٥- استخدام المعلومات .

١٦- التدقيق الداخلى للجودة .

الفصل السابع

القدرات المطلوبة لجودة الرعاية ومراقبتها

مقدمة :

فى هذا الكتاب ، كما كان الحال فى سابقه (إدارة الجودة الشاملة فى الرعاية الصحية) ، فقد تمت الإشارة إلى أن جودة الرعاية الصحية ، والخدمات المقدمة ، هى مسؤولية كبار المديرين والاستشاريين والموظفين المنوط بهم تسيير العمليات التشغيلية فى المنشأة الصحية . ولكى تتمكن هذه الفئات من العاملين من القيام بمسؤولياتها على أكمل وجه ؛ فإنه من المهم أن يتسلحوا بالمعلومات والمهارات التى يتطلبها قيامهم بما يلى :

١- معرفة المستويات المعيارية للرعاية والخدمة المتوقعة .

٢- المعرفة الواضحة بالعمليات السريرية وغير السريرية التى ينبغى القيام بها لتحقيق المستويات المعيارية المطلوبة .

٣- معرفة ما إذا كانت هذه العمليات كافية لمقابلة هذه المستويات المعيارية أو التوافق معها .

٤- معرفة ما إذا كانت هذه العمليات ستحدث فى الوقت المناسب فى أى موقع .

٥- القدرة على القيام بالإجراءات التصحيحية للعمليات السريرية وغير السريرية فى حال إخفاقها فى تحقيق المستويات المعيارية المطلوبة .

وقد أشرنا فى الفصل الخامس عند الحديث عن تخطيط الرعاية إلى استخدام " نموذج تتبع حركة المريض " للبدء ، بصورة عامة ، فى توصيف العمليات السريرية المتعددة ذات الصلة بالمتابعة الشاملة للمريض . ورغم ذلك ، فإنه من الصعوبة بمكان ، فى ظل ما يحيط الخدمة من عمليات إنسانية وميكانيكية وفنية واجتماعية ، فى كل خطوة من خطوات تقديمها ، أن يتم تعريف عملية رعاية المريض بطريقة يمكن الاعتماد

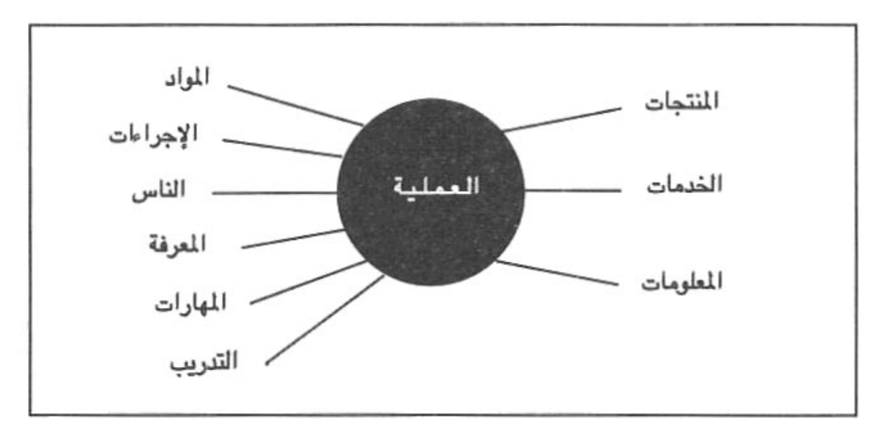
عليها بصورة واضحة ومحددة . ولكن ، أيضًا ، من دون التعرف على هذه العمليات ، فإن تحقيق إدارة الجودة سيكون أمرًا صعبًا . وفى تعريف عمليات الرعاية الصحية ، هناك العديد من المدخلات التى يجب تحديدها ، مثل :

- الناس (المهارات – التدريب – المعرفة – الخبرة) .
- الطرق والإجراءات والإرشادات .
- المعلومات .
- المواد .
- الأجهزة والمعدات .
- السجلات والأعمال الكتابية .

وبالمقابل تمامًا يجب تحديد المخرجات المتصلة بتعريف عمليات الرعاية الصحية مثل :

- المرضى الذين تم تقييم حالاتهم وعلاجهم .
- خلاصة (أو تقرير) الخروج الموجه للممارس العام .
- الخطابات المطبوعة .
- وصفات العقاقير الكاملة .
- تسليم البضائع .
- كشوف الأجور .

الشكل رقم (٧-١) : عملية رعاية المريض



ويعتبر التصنيف والتوثيق الذى يعكس العملية الواضحة بين المدخلات والمخرجات العامل الرئيسى فى منع حدوث فشل الرقابة على الجودة . ويتضمن توثيق العملية ، بصفة عامة ، العناصر التالية :

- جمع البيانات .
- وضوح الأفكار .
- تحليل المشكلات فى العملية .
- الإجراءات المناسبة لتحسين العملية .

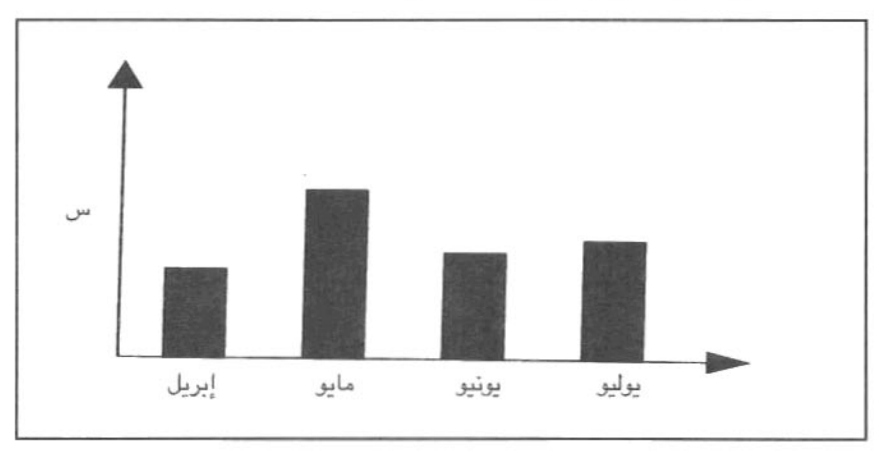
أما الهدف الرئيسى لمختلف أوجه الرقابة على جودة الرعاية الصحية فيتمثل فى الابتعاد الكلى عن عوامل الفشل أو فى الحد منها . بمعنى آخر ، اتباع نموذج العيب الصفرى (Zero Defect Model) فى الرعاية الصحية . ويرى " أوكلاند " فى هذا المجال أن أى عملية تتصل بالرعاية الصحية يمكن مراقبتها والسيطرة عليها (انظر Oakland صفحة ١٨٠) من خلال قياس الأداء . وينبغى أن يكون هذا القياس مفتوحاً باستمرار لعمل التغذية المرتدة ؛ ليتم الاستفادة منه فى اتخاذ الإجراءات التصحيحية الممكنة والمناسبة .

إن مراقبة العملية (أو نشاطات تأدية الخدمة) أو المراقبة الإحصائية للعملية كما يطلق عليها فى القطاع الصناعى ، تعد بمنزلة إستراتيجية للحد من التباين فى الأداء ، وبالتالى يمكن الاستفادة منها لتحسين الجودة عن طريق توفير المزيد من الرعاية الصحية المتسمة بالوثوق والاتساق .

سؤال : ما هى العمليات أو المتغيرات فى عملك التى تُراقب بانتظام ، ويتم قياسها وتوضيحها بيانيًا ؟

إن المخطط المبسط ذا الأعمدة البيانية التالى قد يظهر فى الخدمة التى تقوم بها .

ما هو المتغير الذى يسعى المخطط لقياسه ؟



المراقبة النظامية للنشاط :

إن أهمية المعلومات قد تم التأكيد عليها فى دوائر " الخدمة الصحية الوطنية " منذ أن تم فى البداية العمل بنظام الإدارة العامة ، ومن بعدها إدارة الموارد (وتقنية المعلومات) . ورغم هذا التأكيد ظل صعبًا إيجاد البيانات والمعلومات كأساس للعمل ومراقبة العمليات (فى خدمات الرعاية الصحية) . لقد اتضح أن العديد من الطرق البسيطة التى أثبتت فائدتها فى قياس العمليات فى أى منظمة يمكن تطبيقها على عمليات الرعاية الصحية . وهذه الطرق هى :

- التوضيح البيانى لعملية الرعاية الصحية (مثل خرائط انسياب خطوات إجراءات العمل) – توصيف ما يتم عمله .

- أوراق (أو قوائم) الفحص / عينات النشاط (للتأكد من حسن أداء العمل فى ضوء المستويات المعيارية الموضوعة) – توصيف ما يتم عمله .

- توضيح الأداء من خلال الرسوم والأعمدة البيانية – ما هى التغيرات التى تحدث خلال المدى الزمنى للعملية أو بين عمليات مشابهة ؟

- تحليل باريتو Pareto – ما هى المشكلات التى تفسر أكبر درجات التباين فى موقف معين ؟

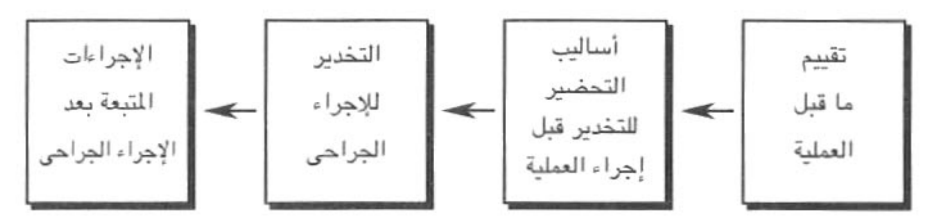
- تحليل العوامل المسببة وآثارها / عظمة السمكة Fish Bone – ما هى الأسباب المحتملة للمشكلة ؟

فيما يلى عرض موجز لهذه الطرق :

١- مخططات عملية الرعاية الصحية :

تم استعراض هذه المخططات فى الفصل الخامس ، وهى تساعد فى تطوير فهم أكثر وضوحاً لخطوات عملية محددة (أو خاصة) . على سبيل المثال :

عملية التخدير – التى تتضمن سلسلة مترابطة من الخطوات تشمل ما يلى :



وتبين الأشكال من (٧-٢) إلى (٧-٤) أمثلة إضافية لمخططات العمليات (الإجراءات) فى الرعاية الصحية . وبغياب مثل هذا الفهم الواضح لخطوات هذه العمليات ، فإن تحليل مسألة الجودة وما يرتبط بها من مشكلات سوف يكون غير مكتمل ؛ مما يؤدى إلى تباين فى نتائج الاستقصاءات المختلفة ، وبالتالى عدم إمكانية الوثوق بنتائجها .

الشكل رقم (٧ – ٢) : دراسة لحالة إدارة المسار الحرج : تغيير رئيسي لمفصل الورك

Case Management Critical Path: Primary Total Hip Arthroplasty

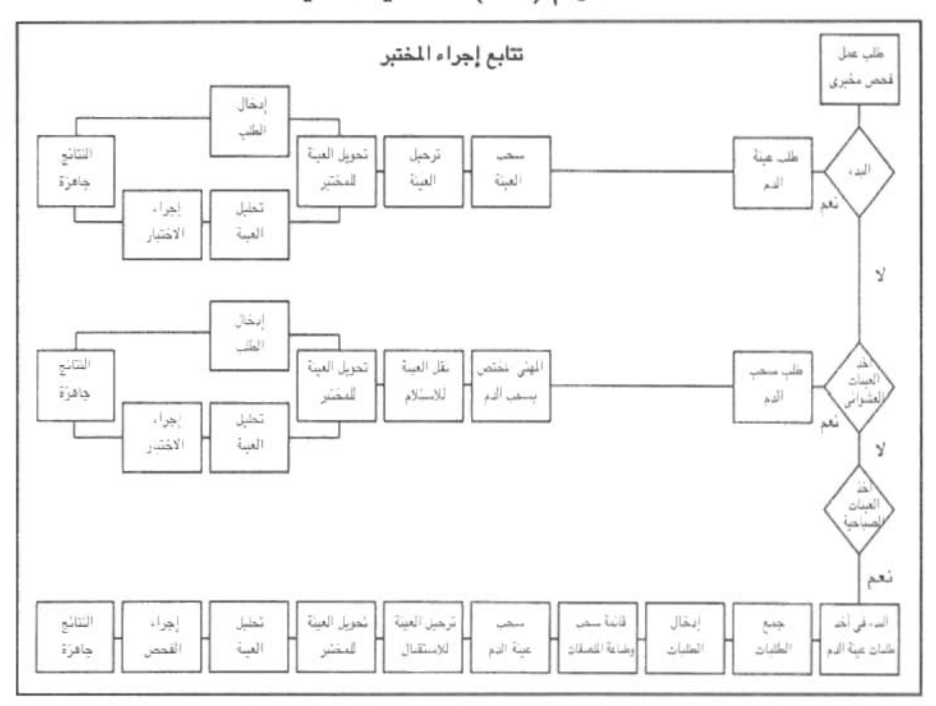
ابدأ ←-----	اليوم الأول (الجراحة)	اليوم الأول (بعد العملية)	اليوم الثاني (بعد العملية)	اليوم الثالث (بعد العملية)	اليوم الرابع (بعد العملية)	اليوم الخامس (بعد العملية)	اليوم السادس (بعد العملية)
الاختبارات والفحوص المخبرية				معدل ترسب كريات الدم ونسبة خضاب الدم والهيموكرات Sed. Rate Hgb, HCT			
		المشكلات اليومية × ٧ أيام					←
النشاط		استدعاء اختصاصي العلاج الطبيعي ليكون بقرب سرير المريض	نقل المريض إلى عيادة اختصاصي العلاج الطبيعي في العيادات الخارجية بمساعدة «المتوازيان»	نقل المريض إلى جناح وحدة العلاج الطبيعي مشياً إذا كان ذلك ملائماً لوضعه	تشجيع المريض على المشي بواسطة العكازات		←
	الراحة بالسرير يستطيع التقلب	الجلوس على كرسي و/أو يتدلى من على السرير مرتين يومياً (BID) ←	يستطيع الوصول إلى الطاولة التي تكون بجانب سريره / إلى المصعد / ومقعد الحمام ←	الصعود على الدرج أو الهبوط منه / الدخول أو الخروج من السيارة / المشي بمساعدة جهاز المشي إلى الحمام ←	تمكين المريض من المشي في ردهات الجناح بواسطة أداة مناسبة للمشي أو بالعكازات ←	تشجيع المريض على المشي بمساعدة الممرضة المساعدة أربع مرات يومياً أو أكثر ←	الانتقال أو المشي بواسطة جهاز مشي مناسب
الأدوية (العلاج)	PCA أو إعطاء مخدر في العضل .... ←			إيقاف إعطاء منوم في العضل وإعطاء المريض لمومات أخرى عن طريق الفم .... ←			الوصفة الطبية إعطاء أقراص لتسكين الألم
	قسطرة علوية						
	Coumadin كومادين						←
	مليّنات للمساعدة على التبرز						←
	إعطاء مضادات حيوية في الوريد		←	التشخيص / الرعاية			
	تأكد من إعادة تجديد أدوية المنزل						←

تابع الشكل رقم (٧ – ٢) : دراسة لحالة إدارة المسار الحرج : تغيير رئيسى لمفصل الورك

Case Management Critical Path: Primary Total Hip Arthroplasty

ابـدأ	اليوم الأول (الجراحة)	اليوم الأول (بعد العملية)	اليوم الثانى (بعد العملية)	اليوم الثالث (بعد العملية)	اليوم الرابع (بعد العملية)	اليوم الخامس (بعد العملية)	اليوم السادس (بعد العملية)
العلاجـــات	دواء هيموفاك "Hemovac" .... إيقاف الدواء بأمر الطبيب						←
	TEDS (remove BID)						←
	شجع المريض على السعال والتنفس العميق qp × 24 بعد ذلك QID						←
	Icentive Spirometer q 124 then q 2 w/A						←
	وسادة لإراحة الورك عن باقى الجسم　وسادات عادية فقط خلال اليوم　HS						←
	مرتبة بيضاوية الشكل						←
	VS Routione povs q4 VS QID if stable						←
الوجبة الغذائية	سوائل صافية ←	سوائل كاملة ←	وجبة عادية .... أو إعطاؤه وجبة عادية إذا كان قادراً على تقبلها				←
خطط التشخيص والرعاية	قدوم الاختصاصى الاجتماعى لمشاهدة المريض		ابدأ الإحالة للصحة الوطنية إذا كان الوضع مناسباً أو أخطر الصحة المنزلية	علاج تأهيلى وظيفى لتقويم النشاطات اليومية		شجع العائلة على حضور جلسات المريض	
توعية المريض وتعليمه التدابير المرسومة له	تعليم اختصاصى العلاج الطبيعى للمريض التمرينات الواجب اتباعها ← تشجيع المريض باستمرار على أداء التمرينات وتأكيد أهميتها من قبل العاملين ← وصف التمرينات التى ينبغى على المريض ممارستها فى منزله ← التأكيد على أهمية استخدام المشاية عدم إبعاد مفصل الورك عن الجسم أو دورانه داخلياً ← الانتقال المحورى / التأكيد على الالتزام الصارم بقيود الحركة ← نموذج إرشادات التشخيص والعلاج ، وإعطاء المريض نموذجاً لإرشادات استخدام المضاد الحيوى وموعداً لمتابعة حالته خلال أربعة أسابيع وإعطاؤه منومات عند اللزوم .						

الشكل رقم (٧-٣) : تحسين العمليات



الشكل رقم (٤-٧) : مثال على مسار الجراحة العامة

	يوم الجراحة	أيام ما بعد الجراحة					
		١	٢	٣	٤	٥	٦
الاختبارات والفحوص							
النشاط							
الأدوية والعلاجات الموصوفة							
العلاج							
التغذية							
خطط الخروج							
التعليم							

٢- نماذج المراجعة / عينات النشاط :

لمنع حدوث الالتباس أو الغموض الحتمي الذى قد يبدو عند البدء فى إيجاد حلول للمشاكل ؛ فإن نماذج المراجعة تعتبر أداة مفيدة لسرعة وسهولة الحصول على بيانات تتيح المزيد من الفحص والتقصى . وتشتمل الخطوات المبسطة لتوفير عينات من النشاط على ما يلى :



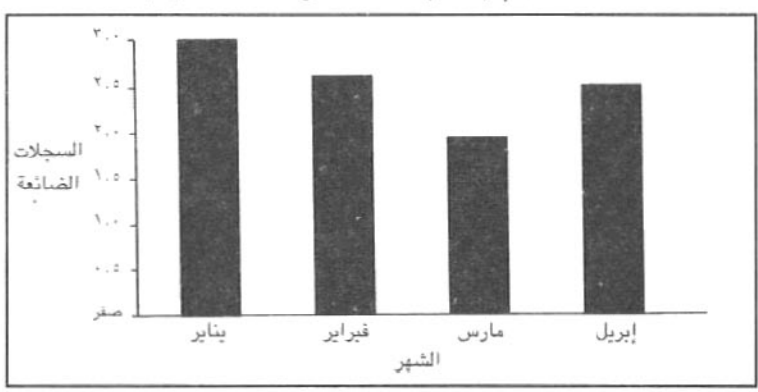
وتعتبر هذه الطريقة أسلوبًا بسيطًا ليس فقط لجهة الحصول على معلومات لبناء قاعدة يتمحور حولها حل وتحليل المشاكل ، ولكن أيضًا تتضمن إشراك العاملين فى العمليات التشغيلية فى تحديد المدى الذى يمكن أن تبلغه أى مشكلة .

٣- المدرجات التاريخية (الرسوم البيانية) :

على الرغم من أن البيانات قد تعطى مؤشراً على مدى حجم المشكلة ، أو مدى محاولة الحصول على مراقبة ناجحة للجودة ، إلا أن الخطوة التالية الأساسية تتمثل فى الحصول على نفس النوع من البيانات من فترة لأخرى ؛ وذلك لمعرفة نوع التغيير الذى يحدث خلال فترة زمنية معينة .

وتوضح الرسومات البيانية التاريخية بجلاء مدى تكرارية حدوث مشكلة ما ، كما أنها مفيدة فى توصيل مدى حجم المشكلة للعاملين ذوى العلاقة . إن ضياع السجلات الصحية عند إدخال المريض المستشفى هو أحد الأمثلة الواضحة على هذا النوع من المشكلات كما يتضح من الشكل (٧-٥) .

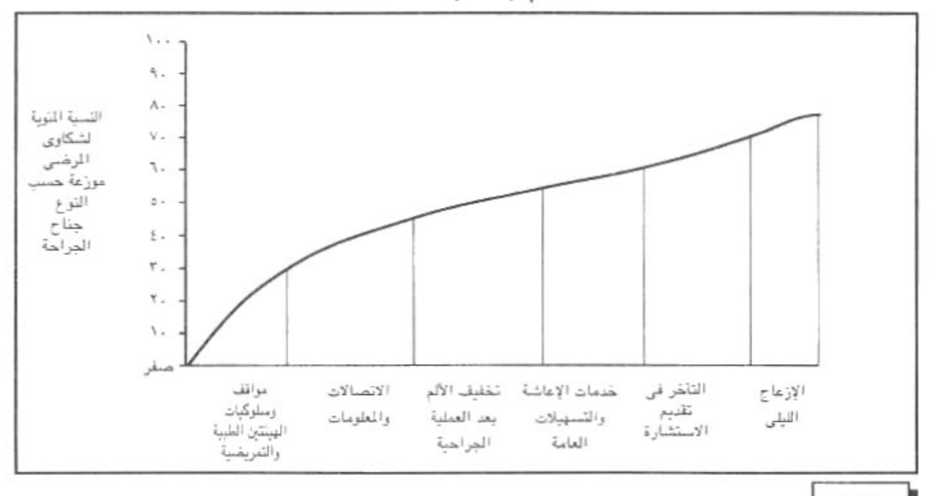




٤- تحليل باريتو Pareto Analysis :

عند تحليل مشكلة معقدة تشتمل على العديد من الأسباب المرتبطة بها : فقد يكون مفيداً فى هذه الحالة تحديد مدى التباين الذى يمكن ربطه بكل سبب من هذه الأسباب . مثل هذا التحليل - أى تحليل باريتو - يمكنه تحديد الأسباب الرئيسية للمشكلة ، ويمنع التركيز الزائد على إحدى المشكلات لدرجة قد تستبعد مشاكل أخرى بسبب الانحياز الذاتى الزائد .

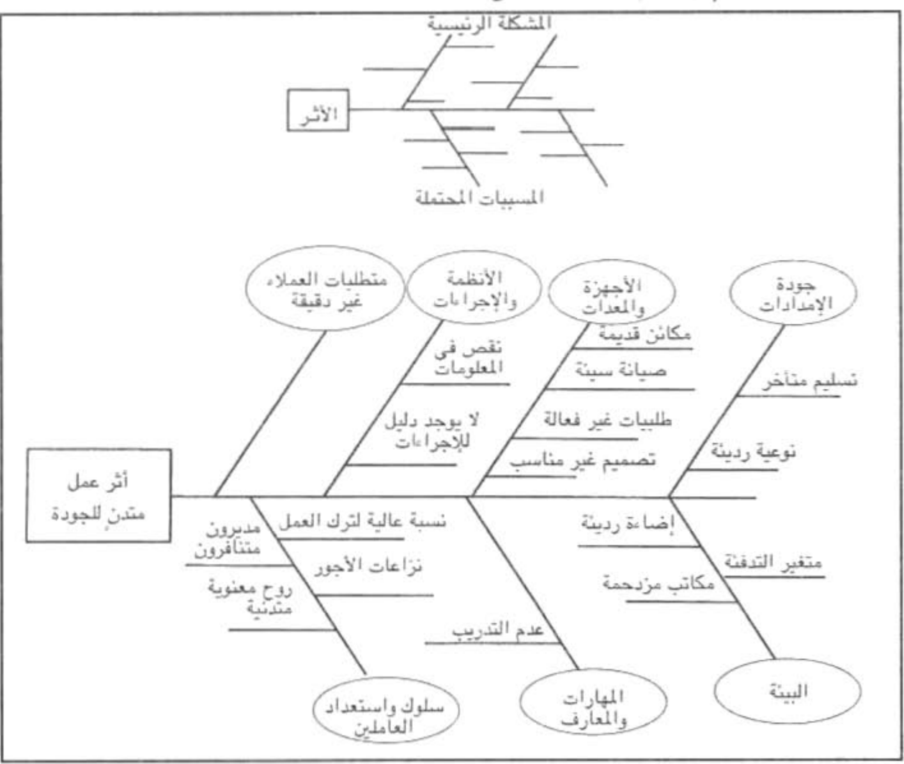
الشكل رقم (٧-٦) : تحليل باريتو



٥- العلاقة بين السبب والنتيجة / تحليل عظمة السمكة :

يتم حاليًا استخدام شكل " إيشيكاو Ishikawa " بصورة واسعة للتقصى عن الأسباب المتعددة التى تؤدى مجتمعة لإنتاج أثر محدد (حسنًا كان أم سيئًا) . إن استخدام النقاش الجماعى وأسلوب عصف الأفكار يسهل الوصول إلى الأفكار الخلاقة والمبدعة باستخدام النموذج فى الشكل رقم (٧-٧) والمسمى بنموذج تحليل عظمة السمكة :

الشكل رقم (٧-٧) تحليل نموذج عظمة السمكة Fishbone Analysis



إن هذه المخططات الخمسة السالف ذكرها ، لتحليل قضايا الجودة والمشكلات المرتبطة بها ، يمكن جمعها على هيئة حزمة لاستخدامها بصورة عقلانية فى مواجهة المشكلات التشغيلية للرعاية الصحية .

ونورد فيما يلى لحالتين عمليتين على إمكانية الاستفادة من المخططات السابقة فى تحليل قضايا الجودة والمشكلات المرتبطة بها :

الحالة الأولى : تتعلق بأسلوب تحليل " النشاط / المشكلة " الذى تم استخدامه فى وحدة " مرتون Merton " و" ستون Sutton " للحالات الحادة . ويوضح الشكلان رقم (٧-٨) ورقم (٧-٩) على التوالى الاستبانة ومخطط تحليل نشاط الوحدة المستخدمين .

الشكل رقم (٧- ٨) نموذج وحدة خدمات الحالات الحادة

وحدة خدمات الحالات الحادة

نموذج مراجعة المتطلبات			
الإدارة / القسم			
الموقع			
النشاط			
ضع علامة على نوع المتطلب	مُدخل ☐	مُخرج ☐	عملية ☐

المتطلبات الحالية	المتطلبات الجديدة

أسباب التغيير فى المتطلبات	

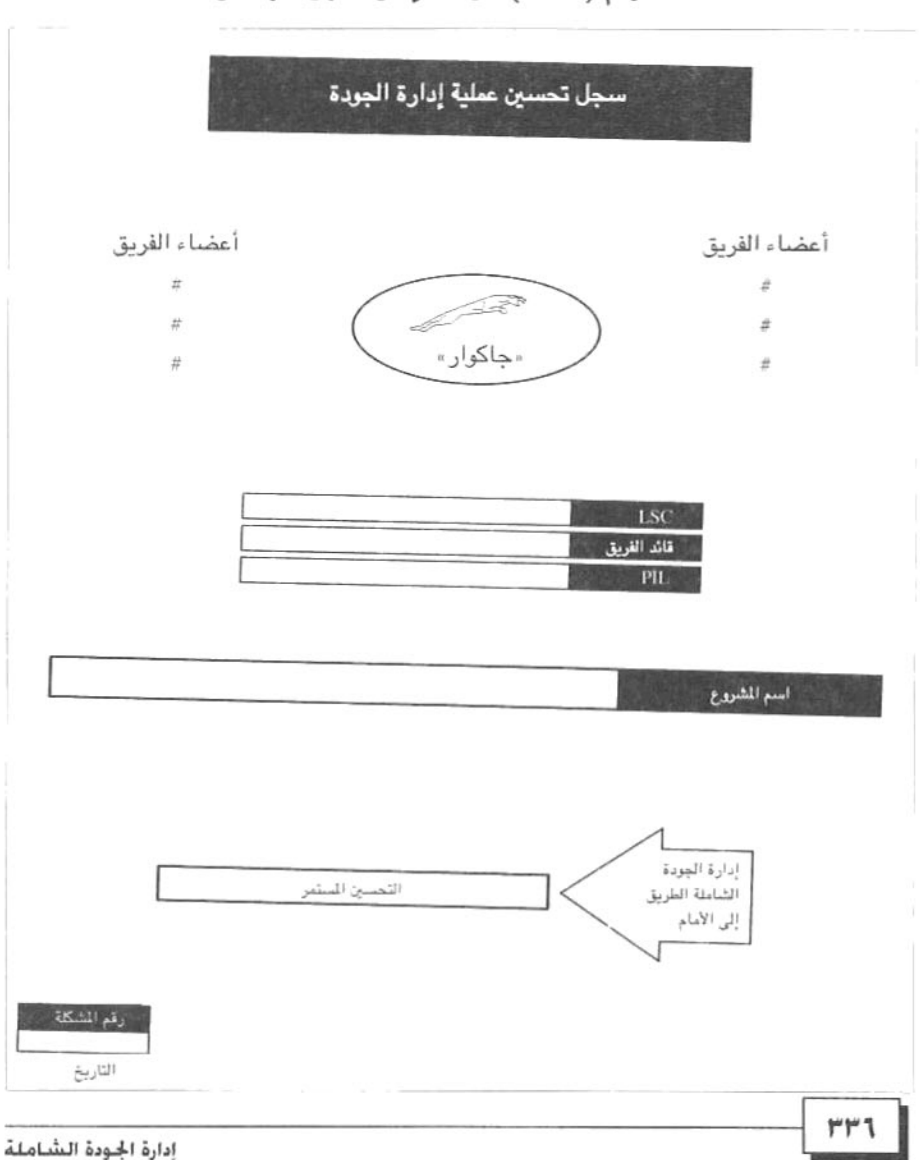
المطـلـوب		الموافق عليه (المعتمد)	
التاريخ		التاريخ	

الشكل رقم (٧-٩) : تحليل النشاط لوحدة خدمات الحالات الحادة



الحالة الثانية : نموذج آخر يوضحه الشكل (٧-١٠) ، وهو مأخوذ من منظمة لا تعمل فى مجال الرعاية الصحية وهى شركة جاكوار .

الشكل رقم (٧-١٠) : وحدة إدارة الجودة بالشركة



(تابع) الشكل رقم (٧-١٠) : وحدة إدارة الجودة بالشركة

العملية المحسنة

خريطة تدفق العمليات

التحسينات التى تم العمل بها

التغذية الاسترجاعية من العملاء

المؤشرات الإحصائية على العمليات المحسنة

الخلاصات/الاستنتاجات

التوصيات بشأن التحسينات التالية المستقبلية

التاريخ :

(تابع) الشكل رقم (٧-١٠) : وحدة إدارة الجودة بالشركة

التحقيقات / الإجراءات التى اتخذت أوراق إضافية يتم إلحاقها بسجل تحسين العمليات

رقم رمز المشروع : ....

اسم المشروع : ....

ملحق رقم : ....

التاريخ : ....

خريطة تدفق العملية (خريطة تدفق التحسين الجزئى أو التغيير الذى جرى على الوضع السابق .	ملاحظات / جمع البيانات / تفسير (باختصار حدد طريقة الملاحظات التى تمت ، على أن تتضمن جمع البيانات . اذكر أى إدارة قامت بتقديم مساعدة ذات قيمة للعمل) .
	مدى التقدم الذى تم إحرازه (منذ آخر تعديلات)
	الحواجز وموانع الطريق

الإجراء التالى : (حدد مجموعة الإجراءات أو الاتجاه الواجب على فريق العمل التزامه)

التباين فى عملية الرعاية الصحية :

أمثلة :

- اثنان من جراحى العظام يقومون بإجراء عمليات نمطية " روتينية " لاستبدال ورك لأشخاص بالغين أصحاء : أحدهما تستغرق معه العملية ٣٧ دقيقة ، فى حين تستغرق مع الثانى ساعتين و ثلاثين دقيقة ، مع تحقيق نفس النتيجة .

- مستشفيان لهما نفس الهيكل الإدارى : أحدهما يعانى من صعوبة كبيرة فى اتخاذ قرارات على مستوى المنشأة حول المواضيع الهامة المتصلة بتوزيع الموارد وتحسين الجودة . أما الثانى فلديه القدرة - فى الكثير من الحالات - على حل مشاكل إدارية معقدة عن طريق مشاركة كبار العاملين وإحساسهم بأن المشكلة تهمهم ، وأنهم يملكون القرار دون النظر إلى نتائجه .

والسؤال : كيف يتم التعامل مع هذا التباين كما أوضحناه فى المثالين أعلاه ؟

إن وجود إجراءات لمراقبة "عملية ما" ينبنى أساسًا على وجود مثل المفارقات التى أشرنا إليها ، وهذا التباين موجود فى خدمات مستشفى المجتمع ، وبين الناس ، وفى ممارساتهم ، وفى المواد والمستهلكات المستخدمة ، وفى الخدمات المقدمة . ونظرًا لأن الرعاية الصحية تعتمد بصورة كبيرة على الناس والعمليات الاجتماعية ؛ فإن التباين فيها يكون أكبر من الخدمات الأخرى كما فى الصناعة مثلاً ؛ حيث إن للآلات والأدوات إسهامًا أكبر فى النتائج . وفى أغلب مستشفيات الحالات الحادة ، فإن مراقبة العملية والاتساق (نقيض التباين) يكون فى خدمات مثل : الأشعة ، والمختبرات ، والتخدير ، والفيزياء الطبية ، وبعض خدمات العقارات أكثر من مثيلاتها فى الخدمات السريرية وغير السريرية الأخرى ، والتى تعتمد بدرجة أقل على الأجهزة العلمية ، وتعييرها ، وعلى التفتيش والصيانة المستمرة لها .

وإذا كانت درجة التباين كبيرة : فسيكون من الصعب التوقع بشأن ما إذا كانت الخدمة تقدم بصورة مقبولة أو مرضية .

ورغم ذلك فمن المهم العمل على التحكم فى درجة التباين المرتبط بمسببات محددة ، وليس التباين العشوائى : إذ إنه إذا كانت العملية تتباين فى طريقة أدائها بسبب التباين العشوائى ؛ فقد يكون من غير الممكن التقليل من ميل هذا التباين .

إن تطبيق نظم إدارة الجودة والحفاظ عليها لها أثر كبير على تقليص درجة التباين فى العمليات ، وبالتالى تحقيق هدف التحسين المستمر للجودة . والسؤال الذى يطرح نفسه على هذا الصعيد هو : كيف يمكن لمؤسستك/منشأتك تحقيق ما يلى :

١- تعريف وتحديد الإجراءات لكافة الجوانب المتصلة بالخدمات السريرية وغير السريرية .

٢- التأكد من توافق أداء كل العاملين مع هذه الإجراءات .

فإذا استطاعت إدارة وحدة تقديم الخدمات تبنى هذا الاتجاه ، فإن التباين فى جودة الخدمة التى تقدمها يمكن تقليصه إلى أكبر حدٍ ممكن .

المراقبة والتقرير :

كنتيجة لأعمال التفتيش ، تتطلب بيانات الأداء الفعلى مقارنة بالمستويات المعيارية الظاهرة أن يتم توضيحها ومضاهاتها ضمن إطار مفيد وواضح ، سواء كان ذلك للاستخدام الداخلى على مستوى الجناح ، أو الإدارة ، أو الوحدة ، أو لأغراض خارجية تتصل بإدارة العقود . هذا ، وقد تم تطوير نموذج مبسط ، كالذى يوضحه الشكل رقم (٧-١١) ، لمثل هذا الغرض . وكما يتبين منه فإنه يسمح بأخذ عدد كبير من متغيرات الجودة فى الاعتبار (وبصفة خاصة فى إدارة العقود) ، كما يتيح تفتيش أو تفحص الجوانب الرئيسية الثلاثة للبيانات الموضحة الآتية :

- جوانب الإنجاز (أى غالبيتها) .

- جوانب القصور فى الإنجاز (الأسباب / التمويل / متطلبات التدريب أو التحسين) .

- جوانب تجاوز الإنجاز (أى إنجاز يفوق المتوقع) .

وكجزء من مشروع الهيئة الملكية الوطنى للمستويات المعيارية للرعاية الصحية (١٩٩١) ، يوضح الشكلان (٧-١٢ و ٧-١٣) جزأين من حزمة نشاطات المراجعة التى تغطى كلاً من سجل المراجعة ، وملخص المراجعة . ويسهم هذان الجزءان فى التمكين من مضاهاة كمية كبيرة من المعلومات إلى جانب الاعتبارات العملية للأداء ، وذلك كنتيجة لعمليات التفتيش .

إن موضوع التباين فيما بين الخدمات السريرية - وهو دائمًا من الموضوعات ذات الحساسية العالية - قد تم بحثه فى مشروع " ترنت Trent " للمستويات المعيارية للعيادات الخارجية . ويوضح الشكل (٧-١٤) نتائج مراقبة كافة عيادات الجراحة التى جرت فى مستشفى واحد خلال فترة الدراسة الاستطلاعية لهذا المشروع . وتوضح هذه النتائج بجلاء التباين بين الاستشاريين ، وهو أمر يتطلب المزيد من النقاش بين الاستشاريين أنفسهم كخطوة أولى نحو إجلاء مثل هذا التباين .

الشكل رقم (٧ – ١١) الأداء الفعلى مقارنًا بالمستويات المعيارية الظاهرية

الشكل التالى يوضح سجلاً لمدة ستة أشهر (الفترة من إبريل – أكتوبر) لمستويات الجودة المتفق عليها :

	تجاوز الهدف المطلوب تحقيقه	تحقق	تحقق جزئيًا	لم يتحقق	هدف للتحقيق
١– أقل من خمس سنوات :					
١ : ١ كل طفل سيجرى له اختبار السمع عند بلوغه للشهر الثامن .					
١:٢ كل طفل سيجرى له اختبارات تطور النمو عند عمر :					
أ . ٨ أشهر					
ب. ٣ سنوات					
جـ. ٤,٥ سنة					
١:٣ سيتم تطعيم وإكساب المناعة لكل طفل تبعًا لما يلى :					
أ. الخناق (الديفتريا) ، والكزاز ، وشلل الأطفال فى عمر ١٨ شهراً (بحيث يصل هدف التغطية إلى ٩٥٪) .					
ب. التطعيم ضد السعال الديكى (بحيث يصل هدف التغطية إلى ٩٠٪) .					
ج. إعطاء جرعة تنشيطية ضد الكزاز والشلل فى عمر ٥ سنوات .					
د. إعطاء اللقاح الثلاثى الفيروسى : الحصبة ، والحصبة الألمانية ، والنكاف بحيث يصل هدف التغطية إلى (٩٠٪) .					

الشكل رقم (٧ – ١٢) : سجل المراجعة

هدف المراجعة : معرفة ما إذا كانت بيئة المستشفى وأنشطة التمريض تساعد المرضى / وجلساء المرضى في إفهامهم وإحساسهم بالثقة بشأن رعايتهم للجروح المغطاة في خلال مدة الـ (٢٤) ساعة السابقة لخروجهم من المستشفى .
عينة من المريض / اختصاصي الرعاية : أخذ عينة من مريض إلى آخر كل (٤) أسابيع سواء حملها المريض أوجليسه .
عينة العاملين : لا شيء
عينة الجناح / البيئة : ملاحظة واحدة أسبوعيًا حول بيئة الجناح
المراجعون : ممرضة مدربة على رعاية الجروح المغطاة
الإطار الزمني : إبريل – مايو ٩١
التاريخ : ....

مفتاح الاختصارات	
ن : نعم	لا : لا
ل ي : لا ينطبق	ل ج : لا استجابة
م : متوقع	ف : فعلى

المجموعة المستهدفة	الرمز	الملاحظات ١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	الإجمالي ملاحظات	ن	لا	التوافق (٪) م	ف	الملاحظات / التعليقات
المرضى	O1a	ن	ن	ن	لا	ن	لا	لا	ن	ن	ن	١٠	٧	٣	١٠٠	٧٠	٧٠٪ توافق . ٣٠٪ لم يفهموا المرضة .
	O1b	ن	ن	ن	لا	ن	لا	لا	ن	ن	ن	١٠	٧	٣	١٠٠	٧٠	حالة واحدة لمريض مسن وليس له
	O2a	ن	لا	لا	ن	ن	ن	ن	لا	ن	ن	١٠	٧	٣	١٠٠	٧٠	أقارب .
	O2b	ن	ن	ن	لا	ن	ن	ن	ن	ن	ن	١٠	١٠	٠	١٠٠	١٠٠	المريض مسن وغير قادر على
	O2c	ن	ن	ن	لا	ن	ن	ن	ن	ن	ن	١٠	٩	٠	١٠٠	٩٠	التذكر .
	o3	ن	ن	ن	لا	ن	ن	ن	ن	ن	ن	١٠	١٠	٠	١٠٠	١٠٠	
	P1	ن	ن	لي	لي	لي	ن	ن	ن	ن	ن	١٠	١٠	٠	١٠٠	١٠٠	خطط الرعاية غير متاحة في وقت
	P2	ن	ن	لي	لي	لي	لا	ن	ن	ن	ن	٧	٧	٠	١٠٠	٩٠	المراجعة . سجل التعلم لأحد المرضى لم يحول من جناح لآخر .
	P3	ن	لا	لا	لا	لا	ن	لا	ن	ن	ن	٧	٦	١	١٠٠	٥٠	تفهم برنامج التعليم لم يسجل بصورة
	P5	لي	لي	ن	لا	لي	ن	ن	ن	ن	ن	١٠	٥	٥	١٠٠	١٠٠	متسقة .
بيئة الجناح	s1a	ن	ن	ن	ن							٧	٦	٠	١٠٠	١٠٠	
	s1b	ن	ن	ن	ن							٤	٤	٠	١٠٠	١٠٠	
	s1c	لا	لا	لا	لا							٤	٤	٠	١٠٠	٠	المرضة المدربة على العناية بالجروح المغطاة غير موجودة بالليل .
	S2	ن	ن	ن	ن							٤	٠	٤	١٠٠	١٠٠	
	S5	ن	ن	ن	ن							٤	٤	٠	١٠٠	١٠٠	
	S6	ن	ن	ن	ن							٤	٤	٠	١٠٠	١٠٠	
	S3a	ن	ن	لا	ن							٤	٤	٠	١٠٠	٧٥	تم إغلاق التسهيلات مرة للتحسينات .
	S3b	ن	ن	لا	ن							٤	٣	١	١٠٠	٧٥	ليس هناك استجابة في أثناء الإجازة .
	S4	ن	ن	لا	ن							٤	٣	١	١٠٠	٧٥	خلاف الشيء في الغرفة رقم ١ كانوا موجودين تلك الأسبوع .

الشكل رقم (٧ – ١٣) : ملخص المراجعة

هدف المراجعة : معرفة إذا كانت بيئة المستشفى وأنشطة التمريض تساعدان المريض/واختصاصيي الرعاية على التفهم والإحساس بالثقة ، بشأن رعاية جروحهم بعد عملية ما فى فترة الـ (٢٤) ساعة السابقة لخروجهم من المستشفى .

النطاق الزمنى ١/٤/١٩٩١م – ١/٥/١٩٩٢م

العينة : زوج مختلف من مريض / اختصاصى رعاية لكل ٤ أسابيع ، ملاحظة واحدة كل أسبوع حول بيئة النجاح .

المراجعون : ممرضة مدربة على العناية بالجرح بعد العملية .

التاريخ :

النشاط	الاكتشافات	النتائج
تعليم المريض وإجراء تحضيرات خروجه من المستشفى	(٧٠٪) من المرضى يمكنهم شرح الرعاية وما قد يكون فيها من تعقيدات . أحد المرضى المسنين لم يكن قادراً على التذكر .	اكتشف ماذا يحدث للمرضى المضطربين / المسنين الذين ليس لديهم جلساء للعناية بهم : إذ يبدو أنهم لم يفهموا الممرضة بصورة سليمة .
	قاعة / غرفة التعليم لم تكن متوافرة كل الوقت	قد تكون هناك حالة للتفاوض بشأن استخدام القاعة / الغرفة .
	(٧٠٪) من المرضى لهم مواعيد فى العيادات الخارجية ..	قد تكون هناك مشكلة فى توزيع البطاقات .
تسجيل نشاط الرعاية	خطط الرعاية غير جاهزة مباشرة (٣٠٪ من العينة) .	قد تحدث مشكلة عندما تبدأ الممرضات فى الورديات . أين خطط الرعاية ؟
	(٥٠٪) من خطط الرعاية غير جاهزة مباشرة (٣٠٪ من العينة) .	
	أوضحت دلائل (٥٠٪) من خطط الرعاية ، أن الممرضة تأكدت من استيعاب المرضى لبرنامج التعليم . ماذا عن (٥٠٪) الآخرين ؟	هناك حاجة للتأكد من أن المرضى يستمعون ويفهمون برنامج التعليم . راجع البرنامج وطرق التعليم .
توافر العاملين	لم تتوافر ممرضة مدربة على رعاية الجروح المغطاة فى وردية الليل .	هناك حاجة لفعل شيء بشأن البديل الليلى ، بديل لأصحاب الإجازات .
	(٢٥٪) من الوقت لم يكن هناك عاملون يهتمون بما بعد الرعاية حيث كانوا فى إجازة .	

الشكل رقم (٧ – ١٤) : نتائج مراقبة عيادات الجراحة التى كانت تعمل خلال فترة إجراء المسح الاستطلاعى

المستويات المعيارية (أو المقاييس)	الاستشارى			
	أ	ب	ج	د
٤) الإشعار تم إرساله فى فترة متوسطها	٩ أيام	يومان	لا ينطبق	لا ينطبق
٥) وقت الانتظار للمواعيد غير العاجلة	٣ أسابيع	١٤ أسبوعاً	٤ أسابيع	١١ أسبوعاً
٦) إخطار المرضى بالمواعيد غير العاجلة [١]	٣ أسابيع	٢٤ أسبوعاً	٤ أسابيع	١١ أسبوعاً
٨) نسبة من لم يحضروا للعيادة من المرضى	٥٪	٧.٥٪	٧.٩٪	٥.٤٪
٩) نسبة تغيير المواعيد من قبل المستشفى	١٠٪	٢.٤٪	١٠٪	١٦٪
١٣) متوسط التأخير فى بدء العيادة	٢٢ دقيقة	١٠ دقائق	١٥ دقيقة	٩ دقائق
١٤) نسبة نتائج الفحوص غير المتاحة	٢.٨٪	٠٪	٠٪	٠٪
١٥) نسبة عدم توفر السجل الطبى فى البداية خلال فترة العيادة	٢٪	٤٪	٠٪	٢٪
١٧) متوسط وقت التأخير فى الانتهاء من العيادة	٢٤ دقيقة	٣٥دقيقة	٥ دقائق	٣٥٪ دقيقة
١٨) نسبة المرضى الذى تمت رؤيتهم من قبل الاستشارى	٢٨٪ [٢]	٤٧٪	١٠٠٪	٥٠٪
٢٣) خطابات العيادة تمت طباعتها فى فترة متوسطها	٦ أيام	٥ أيام	٣ أيام	٤ أيام

ملاحظات :

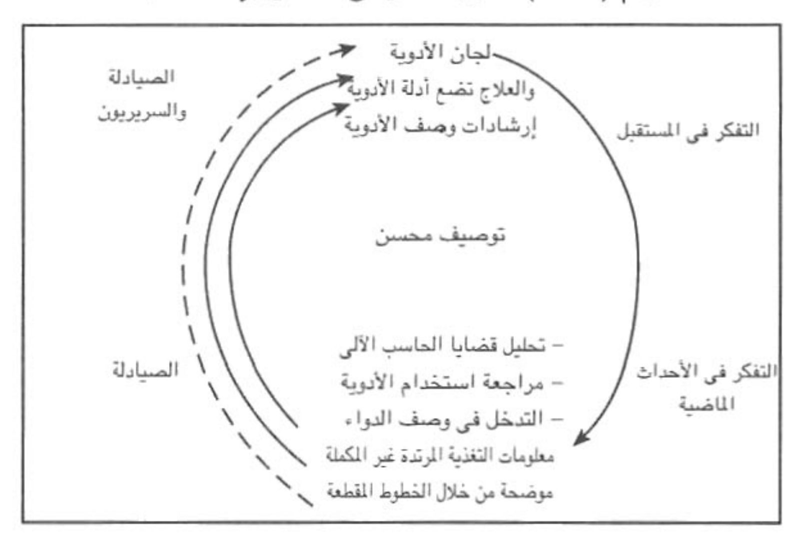
(١) إن حجم الإخطار المعطى يعكس متوسط فترة الانتظار للمواعيد غير العاجلة حيث إن وقت الانتظار يحتسب ابتداءً من وقت إرسال الإشعار حتى تاريخ المقابلة .

(٢) الاستشارى (أ) كان غائباً فى إحدى العيادات .

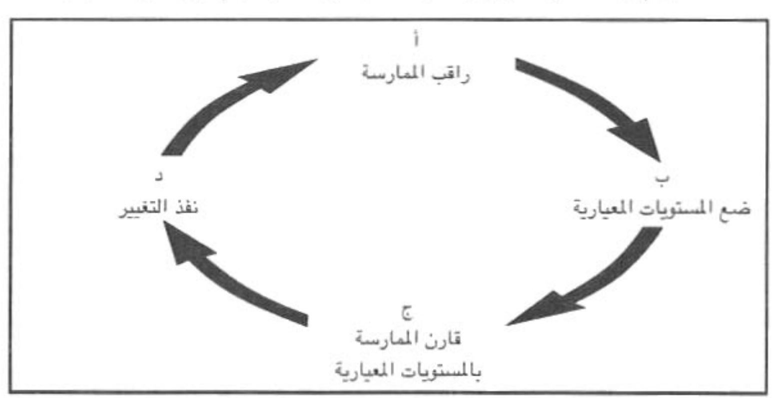
وتجدر الإشارة إلى أن الكثير قد كتب حول أهمية المراجعة السريرية ، والمراجعة السريرية المتكاملة ، ولفريق العمل ذى التخصصات المتعددة . وقد قطع التمويل المركزى شوطاً بعيداً فى عامى ١٩٩١/٩٠ و١٩٩٢/٩١ للحصول على معاونة الجهات الطبية والتمريضية وشبه الطبية لتطوير نماذج خاصة بتفتيش ومراقبة الرعاية .

وثمة مسعى جديد قد تم بحثه لمعرفة كيف يمكن للصيادلة – وهى خدمة سريرية متخصصة – أن يساهموا مع الأطباء فى تحسين توصيف العلاج . ويتلخص هذا المسعى فى كل من الشكل (٧–١٥) والشكل (٧–١٦) (انظر : " إكلس Eccles " ١٩٩٢، وحبة الدواء الأفضل ، ١٦ إبريل ١٩٩٢ .

الشكل رقم (٧-١٥) : دورة الصيدلى لتحسين إعطاء الوصفات



الشكل رقم (٧-١٦) : أين يمكن للصيدلى أن يسهم فى دورة المراجعة



هذا ، ويشير الشكلان (٧-١٧) و (٧-١٨) إلى مراجعة خطة (تخطيط) الرعاية المشتركة للمرضى الذين يتم استئصال مرارتهم ، والتى تم التعرض لها فى الفصل الخامس . وتعتبر هذه الخطة مثالاً على المراجعة من قبل الفريق ذى التخصصات المتعددة (انظر أيضاً الشكل ٧-١٩) ؛ حيث ترى أن غالبية هذه العمليات مضمنة فى برنامج المراجعة السريرية .

الشكل رقم (٧-١٧) : مراجعة خطة الرعاية المشتركة لاستئصال مرارة المرضى

وحدة رعاية المجتمع «بكوفنترى *Coventry*»

	نعم	لا	لماذا	النسبة ٪
١- هل تمت رؤية المرضى جميعًا البالغ عمرهم أكثر من ٦٥عامًا فى عيادة ما قبل الإدخال ؟				
٢- هل توثيق كافة بيانات المريض مكتمل حسب ما حددته سياسة خدمات تمريض المجتمع ؟				
٣- هل تلقى المريض الإرشادات ذات الصلة بالعملية كما فى خطة الرعاية التمريضية ؟				
٤- هل تمت معالجة ومقابلة حاجة المريض للتخفيف من الألم ؟				
٥- عند خروجه ، هل اتبع المريض خطة الرعاية المشتركة وتمت إزالة غرز الجراحة فى اليوم العاشر كما هو محدد ؟				
٦- هل وصل المريض إلى درجة النقاهة المتوقعة بالمستوى الذى يمكنه من الخروج بعد اليوم العاشر كما تحدد خدمة تمريض المنطقة ؟				
٧- عند خروجه ، هل فهم المريض فترة النقاهة وما قد يحدث من تعقيدات وما يمكن أن يقوم به فى حالة حدوثها ؟				
٨- عند خروجه ، هل يحس المريض بالثقة فى أن احتياجاته الجسدية والنفسية قد تمت مقابلتها متى كان ذلك ممكنًا ؟				

الشكل رقم (٧ – ١٨) : خطة الرعاية المشتركة : تقرير مراجعة

خطة الرعاية المشتركة (التضامنية) لوحدة الحالات الحادة لاستئصال المرارة ، تقرير مراجعة .

الاسم .... رقم التسجيل .... الاستشارى .... الجنس : ذكر / أنثى ....

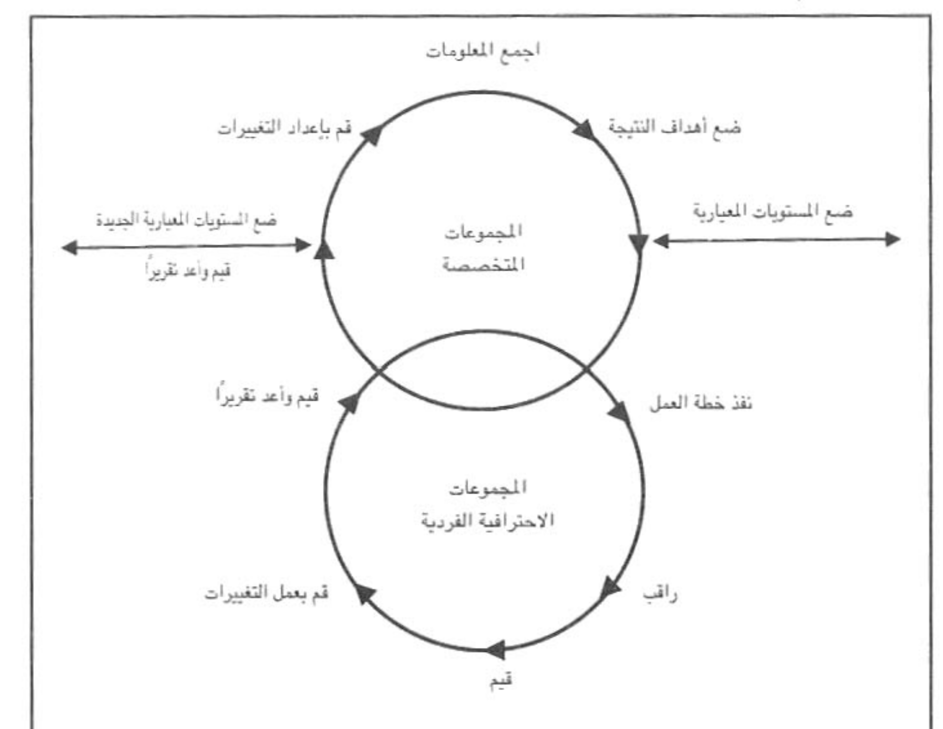
تاريخ دخول المستشفى ..../........./......... جهة الرعاية الأولية بالمنزل ....

تاريخ الخروج من المستشفى ..../........./.........

نتائج الأهداف

الجانب الطبى	تحققت	لم تتحقق	تعليق
١- سيتم إدخال المريض المستشفي في التاريخ المخطط له .			
٢- ستتاح للمريض وعائلته قبل الدخول لغرفة العمليات فرصة مناقشة الجراحة والرعاية والمخاطر مع فريق من مختلف التخصصات على الوجه المناسب .			
٣- ستتم مقابلة احتياجات المريض النفسية والفسيولوجية اعتماداً على خطة الرعاية .			
٤- سيكون المريض قادراً على الخروج من المستشفى في اليوم الثالث بعد إجراء العملية .			
جانب التمريض			
٥- من المفترض أن يكون المريض قد حضر عيادة ما قبل الدخول .			
٦- إن كافة المعدات والأجهزة التى تحتاج إليها أثناء فترة ما بعد العملية قد تم فحصها وتجهيزها للاستخدام .			
٧- إن احتياج المريض فيما يتعلق بتسكين الألم قد أخذ في الاعتبار وتمت مقابلته .			
٨- سيكون المريض عند خروجه قد فهم عملية التئام الجرح واحتمالات المضاعفات وما يمكن عمله حيالها .			
٩- سيكون المريض عند خروجه قد اتبع خطة الفحص .			
١٠- إن توثيق كافة المعلومات الخاصة بالمريض قد تم طبقًا لسياسة المستشفى .			
١١- إن كتيب المعلومات قد تم شرحه بالكامل للمريض .			
جانب العلاج الطبيعي			
١٢- سيكون المريض قبل دخوله غرفة العمليات قادراً على برهان أدائه لتمارين التنفس ، والدورة الدموية والسعال المساند .			
العاملون بغرف العمليات			
١٣- تمت زيارة المريض قبل وبعد العملية .			
جانب التغذية			
١٤- إن المريض سيتلقى نصائح بخصوص تغذيته .			

الشكل رقم (٧-١٩) : نموذج المراجعة من قبل فريق مشكل من تخصصات متعددة



عملية المراجعة لمجموعات الفريق المتخصصة

المرحلة ١ : المجموعات المتخصصة	المرحلة ٢ : المجموعات الاحترافية الفردية	المرحلة ٣ : المجموعات المتخصصة
أ - اجمع المعلومات ب - قم بوضع المستويات المعيارية - قم بوضع المستويات إذا لم تكن موجودة ج - قم بتطوير خطة العمل	د - نفذ خطة العمل هـ - راقب و - قيم ز - قم بإجراء التغييرات	ط - قيم وأعد تقريراً - قم بإعداد مستويات جديدة ى - قم بإجراء تغييرات

برنامج المراجعة السريرية :

خط سير المريض وتحليل العمليات الطبية والتمريضية الأساسية :

قد يكون مهمًا التحديد الواضح للعمليات السريرية وعمليات رعاية المريض أو " خطوط سير المريض " ، وذلك لمعرفة جوانب القصور ، أو مجالات التحسين فى جودة الرعاية أو الخدمة المقدمة . وهناك ثلاثة أساليب مترابطة يمكن توضيحها والاستفادة منها ، وهى :

أ - متابعة خط سير المريض وتحديد مؤشرات الجودة .

ب - إعداد المستويات المعيارية ومراقبتها .

ج - تعريف الناتج المحدد .

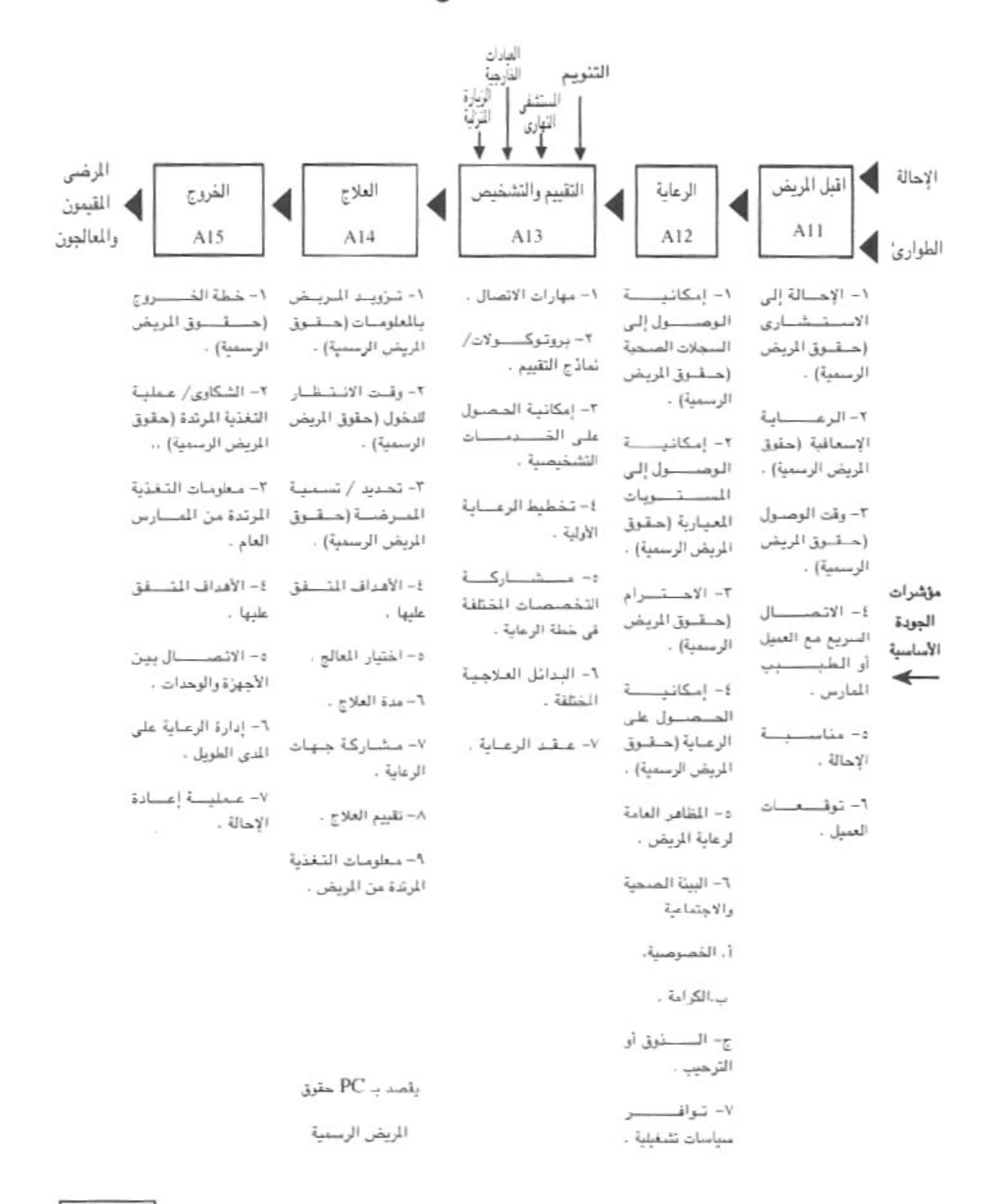
وسوف نستعرض بشكل موجز كل أسلوب منها على حدة ، بحيث يمكن بعد ذلك تطويعه بسهولة ليلائم متطلبات مراجعة أى مجال سريرى محدد .

أ) متابعة خط سير المريض وتحديد مؤشرات الجودة :

عبر هذا الأسلوب يتم تحديد خطوة أو أكثر من عملية رعاية المريض ، ويتم توصيف مؤشرات محددة تتعلق بجودة رعاية المريض .

إن النموذج الأمثل لتتبع خط سير المريض سيتم توضيحه فى الآتى ، ويشتمل على بعض المؤشرات الأساسية التى تم تحديدها . وهذه المؤشرات تم تأمينها من ثلاثة مصادر هى : ميثاق المريض الحكومى ، وورشة عمل " مارش March " ، وتجربة " د. كوش Koch " السابقة .

لوحة توضيحية نموذجية لتتبع خط سير المريض



تعقيب على النموذج السابق :

بالنسبة لمجموعة الأنشطة السريرية تحت الرمز "A11"

إن كل واحد من هذه الصناديق نفسها مثلاً : (مجموعة اقبل المريض "A11") يمكن تطويره أو توسيعه للبحث بتفصيل أكثر حول مؤشرات الجودة فى ذلك المجال . وهناك أيضًا مثالان آخران : الأول سيتم تناوله هنا تحت بند أسلوب تتبع سكة المريض ، والآخر سيتم عرضه تحت أسلوب وضع المستويات المعيارية ومراقبتها .

المثال الأول – الإجراء المحلى الممكن رقم ١ :

استخدم هذا البرنامج إما كما هو أو بتعديله ليتوافق مع الاستخدام المحلى ؛ وذلك لتحديد مؤشرات الجودة الرئيسية للمزيد من النقاش أو لوضع المستويات المعيارية .

ب. وضع المستوى المعيارى ومراقبته :

بمجرد تحديد مؤشرات معينة للجودة ، فإن الخطوة الهامة التالية هى وضع مستوى معيارى يكون متفقًا عليه ، وقابلاً للتحقيق وللقياس لكل واحد من هذه المؤشرات ؛ وذلك لزيادة مستوى الاتساق فى تحقيق مستويات عالية لجودة الرعاية أو الخدمة .

والجدول رقم (٧-١) يوضح أسلوبًا واحدًا يتضمن التعريفات المستخدمة فيه وحالة دراسية لتطبيقه .

الجدول رقم (٧ – ١) : بعض التعريفات المستخدمة فى وضع المستويات المعيارية ومراقبتها

المؤشر	المستوى المعيارى	المؤشر الذى يمكن قياسه	الهدف	المراقبة
التعريفات تعبير قصير لتعريف الموضوع	جملة تحدد المستوى المطلوب تحقيقه/أو المستهدف	ما هو الشيء الذى سيتم قياسه لمعرفة ما إذا كان المستوى المحدد يتم تحقيقه ؟	إما / أو : أ) هدف رقمى يتم تحقيقه ب) تاريخ محدد	شخص ، طريقة أو تكرارية كيف تتم مراقبة الأداء .
الأمثلة تخطيط الرعاية الفردية	كل مريض يتم إدخاله ستكون له خطة رعاية يتم كتابتها خلال (٤٨) ساعة من دخوله .	أ) خطة الرعاية المكتملة . ب) مدة إكمال الخطة منذ أن تم إدخال المريض .	(١٠٠٪) خلال ٤٨ ساعة	مديرة التمريض تراجع خمس خطط للرعاية فى كل مجال شهريًا .

المثال الثانى - الإجراء المحلى الممكن رقم ٢ :

استخدم هذا النموذج وناقش ، واتفق ، و ضَعْ مستويات يمكن تحقيقها (واحداً أو أكثر) لأكبر عدد من الموضوعات التى يُمَكنكَ الوقت من النظر فيها ، ولكن يجب ألا يكون هذا الأمر مستهلكًا وقتًا طويلاً منك . حاول أن تضع جدولاً زمنياً يتضمن نوع المؤشرات والوقت المتاح لإعداد مستويات لها . ويجب أن تأخذ فى الاعتبار أنه ليس مهماً أن يتم كل ذلك فى الحال ، ولكن يجب أيضاً ألا يستغرق الأمر سنوات لإنجازه .

ج/ تحديد ومراقبة ناتج محدد :

للتأكد من أن المراجعة قد تم تأسيسها بقوة فى قياس النتائج : يمكن أن تحدد لكل مجال من المجالات السريرية خمسة مؤشرات إيجابية للنتائج ، وخمسة مؤشرات سلبية ، والتى يمكن مراقبتها بانتظام . ونطرح فيما يلى أمثلة من نموذج مفيد .

مؤشرات سلبية	هل تتوفر البيانات ؟	جمعت البيانات بواسطة :	متى تم إبلاغ البيانات ؟
١- حوادث عنف فى الجناح . ٢- عدم حضور المرضى فى المواعيد المحددة لهم فى المستشفى النهارى أو العيادات الخارجية . ٣- الأذى الذاتى المتعمد أثناء العلاج . ٤- الشكاوى . ٥- ردة فعل خطيرة للأدوية .			
مؤشرات إيجابية			
١- رضاء المريض . ٢- تحقيق أهداف العلاج . ٣- إزالة الأعراض . ٤- العودة للعمل . ٥- تحسن فى الاتصالات أو العلاقات البينية .			

الإجراء الممكن رقم ٣ :

حدد خمس نتائج إيجابية وخمس نتائج سلبية ذات صلة بمجالك السريرى ، واستخدم النموذج السابق لتحديد كيفية مراقبة هذه النتائج أو (بعضها) .

خطة عمل متخصصة :

فى ضوء ما سبق من معلومات : يرجى إجراء نقاش مثمر للاتفاق على خطة عمل بشأن كيفية عمل المراجعة فى مجالك السريرى . وبالطبع ليس هناك طريقة واحدة يمكن اعتبارها فعالة ؛ إذ إن الأمر يعتمد على نوعية المراجعة المستخدمة ، وعلى طبيعة المجال السريرى . وقد تساعد بعض الاقتراحات المرتبطة بإجراءات العمل المحلى فى الإفادة منها .

برجاء التأكد من أن اتخاذك لإجراءات محددة ، له صلة بالمراجعة ربع السنوية للسؤال " ثم ماذا " أى بمعنى : كيف تحسنت خدماتنا باستخدام المراجعة ؟

الإجراء المحدد	تاريخ الانتهاء	المسؤولية
١-		
٢-		
٣-		
٤-		
٥-		
٦- المراجعة ربع السنوية .		

يرجى إرجاع نسخة من هذه الصفحة الأخيرة بعد تعبئتها للمدير السريرى ؛ وذلك لمساعدته فى معرفة على مدى التطور ، وتمكينه من تقديم المساعدة اللازمة عند الضرورة ، أو عند طلبها . وهناك فكرة لعقد ورشة عمل ، وذلك بالتنسيق مع الدكتور " هيو كوش Hugh Koch " فى نهاية هذا العام (أكتوبر / نوفمبر) . ومن المتوقع أن

تتم مناقشة مدى التطور فى خطط المراجعة فى تلك الورشة هذا إذا كان لديهم رغبة فى ذلك .

شكراً لك .

المراجع :

Bennett J & Walshe K (1990) Occurrence Screening as a Method of Audit , BMJ 300, 1248- 1250 Harman D & Martin G (1991) Medical Audit & the Manager , HSMC , University of Birmingham

Koch H C H (1991) TQM in Health Care , Longman , Harlow

Koch H C H (1992)Clinical Audit : A Practical Framework, South Warwickshire

إن التفتيش والمراقبة ، فى أى من مجالات الخدمة ، ينبغى ألا يكونا هدفاً فى ذاتهما . ولكن يجب أن يعتبر كل واحد منهما عملية جودة قائمة بذاتها مع العمل أن يكون التباين فى أى منهما / أى التباين فى عملية القياس / المراجعة - فى حدوده الدنيا . وهذا يستوجب النظر إلى مسألة التباين فى القياس على أنها قد تكون سبب أى من العوامل التالية :

- عوامل إنسانية - المهارة فى المراجعة وإمكانية إعادة تكرار نفس النمط من المراجعة - المسؤول أو المدير وعملية القياس بالنسبة له/ لها .
- مدى دقة أى من الوسائل أو المعدات الفنية أو الإدارية .
- التباين فى طرق أخذ العينات .

ومن هنا يجد العاملون فى الخدمة الصحية الوطنية هذا الجانب من إدارة الجودة الشاملة صعباً للقبول الفورى . لكن برغم ذلك فقد اتضح بالتجربة أن الأدوات التى تم عرضها فى هذا الفصل لها إمكانية كبيرة للاستخدام كعامل فى التحكم فى التباين المهدر فى الرعاية الصحية .

أسئلة :

١- كيف يمكنك استخدام أسلوب عصف الأفكار ، وأسلوب تحليل السبب والأثر ؟

هل يمكن لهذين الأسلوبين أن يساعدا فى مواجهة المشكلات التالية :

- المشكلات المرتبطة بمواقف السيارات ؟
- إدارة قوائم الانتظار ؟
- المشكلات المرتبطة بالأسرّة الطبية ؟

٢- كيف يمكنك استخدام أسلوب تحليل " باريتو " ؟

هل ترى أن استخدامه يمكن أن يساعد فى حل المشكلات التالية :

- مشكلة السجل الصحى التمريضى ؟
- الأخطاء فى الفواتير الموجهة للموردين ؟

٣- هل يمكن الاستفادة من الأعمدة البيانية فى مراقبة :

- معدلات الأمراض العارضة للعاملين ؟
- النسبة المئوية للترميز البريدى المكتمل ؟

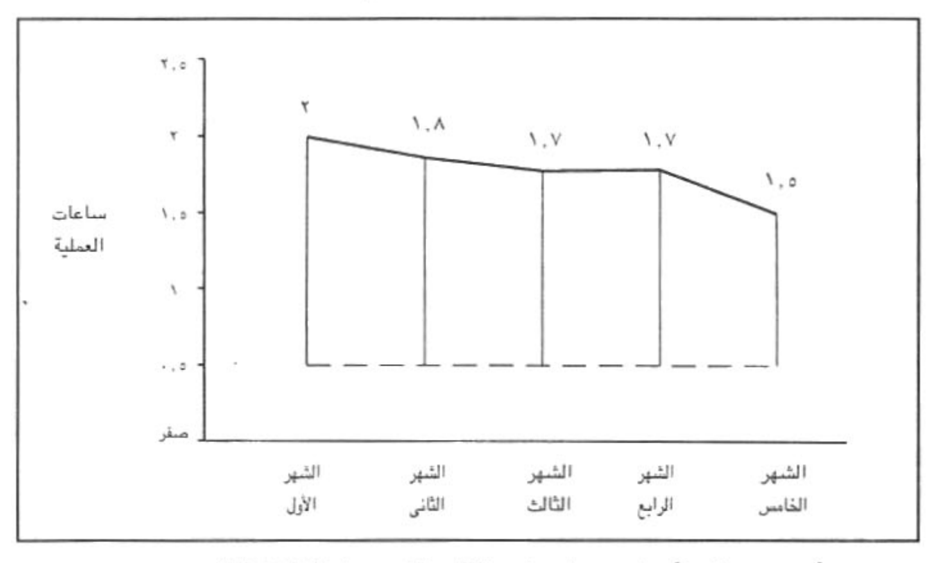
إن الجهات المقدمة للخدمة باتت تدرك أن وسائل وطرق مراقبة العمليات أصبحت جزءًا أساسيًا وهامًا من إدارة الجودة الشاملة ، وتعتبر عاملاً أساسيًا فى معلومات تحسين الجودة .

كما أن التقدم فى تقليل درجة التباين فى أى من عمليات الرعاية الصحية ؛ سيؤدى إلى انخفاض مدى القيم المرتبطة بتلك العملية . فعلى سبيل المثال : إن الوقت الذى سيستغرقه اثنان من جراحى العظام فى إجراء نفس العملية ، سوف يتقارب كنتيجة لعملية تفتيش ومراقبة العملية الجراحية . ويتضح ذلك جلياً فى الشكل رقم (٧-٢٠) .

و" بوكا - يوك Poka-yoke " (الخطأ - التصحيح) - وهو نظام تم تطويره من قبل " سكيجيو شينغو Skigeo Shingo " ، يربط الجوانب الثلاثة لعملية مراقبة الجودة ، وهى :

- درجة العيب الصفرى .
- نظام " بوكا- يوك " .
- تفتيش المصادر .

الشكل رقم (٧-٢٠) : درجة التباين فى الوقت المستغرق لإجراء نفس العمل الجراحى من قبل أكثر من جراح



ونود أن نشير إلى أن استخدام طريقة " بوكا - يوك " لمراقبة الجودة ، تتم بفحص الأخطاء بمجرد تحديدها فى التو والحين . بمعنى آخر ، يتم إيقاف تقديم الخدمة ، ويبدأ تحليل فورى للمشكلة التى حدثت ؛ وذلك لتحديد المشكلة المرتبطة بالعملية ومنع تكرارها .

فعلى سبيل المثال :

المشهد : حلقة دراسية فى المستشفى الساعة ١١ صباحًا . تم طلب القهوة .

الفعل : لم تصل القهوة .

تم الاتصال بقسم الإعاشة . قدموا اعتذارهم عن التأخير . القهوة وصلت فى الساعة ٢٥ : ١١ صباحًا .

مدرب الحلقة الدراسية يتصل بمدير قسم الإعاشة فى وقت الغداء ، الذى بدوره يطلب من المدرب معلومات مكتوبة حول المشكلة . يرفض المدرب الإجراء ، وعوضًا عنه يناقش مع مدير الإعاشة غياب الرقابة عن العمليات والإشراف وتفتيش الطلبات الجاهزة داخل قسم التغذية . والنتيجة التى تم التوصل إليها هى تحسن عملية الخدمة . ويصل الشاى الساعة ١٥ : ٣ بعد الظهر كما طلبه .

إن مفهوم " بوكا – يوك " يتشابه مع أسلوب ضمان عدم الإخفاق Foolproofing والذى يتأسس على فكرة أن إنجاز أى عملية لا يتم إلا إذا تم إنجاز العملية السابقة لها والمرتبطة بها . والمثال على ذلك فى جناح الجراحة مثلاً هو تجنب المشكلات المتصلة بإكمال نموذج ملخص الخروج من المستشفى إلا بعد التأكد من أن المرضى سيذهبون إلى منازلهم فقط ، وذلك حين يتم تعبئة نموذج الخروج عن طريق صغار الأطباء !!!

ملخص / استنتاج :

إن الجودة ليست مسألة حظ – إن أى حدث يتصل بالرعاية الصحية سواء فى المجتمع أو فى المستشفى يتكون من العديد من العمليات الفرعية ، وكذلك من العديد من الأنشطة السريرية وغير السريرية . وقد تم تطوير كل هذه العمليات من قبل محترفين على مدى السنين ، وتحتاج إلى اختبارها ، ومراقبتها ، وتعريفها بدقة شديدة . وهذا هو الهدف ، إذا لم يكن فقط الأسلوب ؛ للتأكد من أن المرضى (والعملاء الآخرين) لهم الثقة الكاملة فى الأداء الصحيح لمستشفياتهم أو خدمات مجتمعهم .

إن كل عملية تتصل بالرعاية تتطلب التصنيف أو التوثيق الذى يشمل تفاصيل خواصها بوضوح كامل . وتمكن عمليات التفتيش أو الفحص المستمر ، والتعديلات / أو الإجراءات التصحيحية من التأكد من أن عملية التحسين فى تصميم الرعاية الصحية يتم دائمًا تضمينها وإيصالها لجميع العاملين .

إن الالتزام الدقيق بمواصفات الخدمة ليس إجراءً للإبطاء وتعويق الإبداع السريرى ، لكنه يعد أهم جزء من خدمات الخدمة الصحية الوطنية . كما يعد التزام الأطباء والمرضين وأعضاء الهيئات الطبية الآخرين بالمعايير الواضحة والصارمة للخدمة الصحية الوطنية - أمرًا مهمًا للارتقاء بمستويات الجودة . إن إدارة الجودة الشاملة ومراقبة عملية أداء الأنشطة والخدمات ينبغى إعطاؤهما الأولوية القصوى ؛ للحفاظ على هذه المستويات المعيارية للخدمة والارتقاء بها .

الفصل الثامن

حل المشكلات وفرق تحسين الجودة

تأسيس إدارة وفريق عمل كفؤين :

لقد تم تلخيص أو تمثيل الإدارة العامة ، الجيدة والفعالة ، من الناحية النظرية ، ومن واقع الممارسة العملية ، من خلال انحياز المديرين أو توجههم لطرق عمل ، أو ممارسات ، يقومون فيها بتحديد مسؤولياتهم الشخصية لأداء أعمالهم ، وأداء العاملين المسؤولين أمامهم . لكن المديرين الجيدين ، مثل الآباء الجيدين ، عليهم ألا يتوقعوا نجاحًا تامًا كاملاً لأداء أعمالهم ضمن الموارد المخصصة لمنظمتهم ؛ لأن ذلك سوف يؤدى حتمًا إلى فشلهم ، ليس فشلهم المدقع فحسب فى تحقيق ذلك النجاح ، بل فشلهم بشكل كامل فى تحقيقه . فحتى الأسلوب والبناء الإدارى الأكثر وضوحًا والمدروس بعناية ، وكذلك الوجود المجرد لأسلوب قمة التسلسل الهرمى ، مهما كان مفيداً لتقديم الخدمة والرعاية الصحية ، فإنه سوف يبدو محبطًا أو قد يفسد إبداعات وابتكارات الموظفين . من هذا المنطلق إذًا ، فإنه ليس مدهشًا أن نرى فرقًا من الأفراد من خلفيات ووظائف مختلفة قد صرفوا وقتاً مع بعضهم بعضًا لتقديم خدمات تتسم بالجودة العالية ، وحل مشكلات التشغيل المستمرة عند ظهورها ، وذلك قبل إدخال الإدارة العامة فى نظام الخدمة الصحية الوطنية ، أو خلال عملية إدخالها . ومن أمثلة هذا الفرق التى تجول فى العقل :

- فريق العناية التمريضية بالجناح .
- فريق الأطباء ورؤساء الأقسام .
- فريق الإدارة .
- فريق المديرية الصحية السريرى .
- فريق تكاليف إدارة المستشفى .

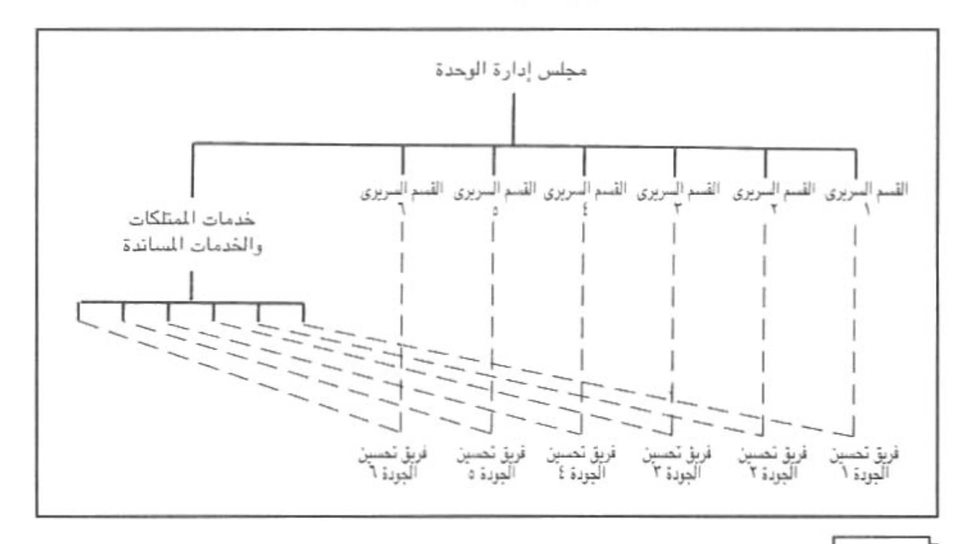
وتجدر الإشارة إلى أنه كلما كان أداء هذه الفرق أفضل ، سواء كان ذلك على مستوى المهام الموكولة إليها ، أو على مستوى العلاقات الاجتماعية /أو علاقات

التعاطف التى تنشأ بين أفرادها أثناء العمل - يكون أداؤها مرتفعًا . ولكن على الرغم من النوايا الحسنة لهؤلاء المشاركين فى أعمال الفرق وهؤلاء المسؤولين عنهم ، إلا أن هناك العديد من الخواص التى يمكن لها أن تظهر وأن تعوق الأداء العالى والتوجه الإبداعى فى حل المشاكل . وهذه الخواص تتمثل فى التالى :

- مستويات ترتيب التسلسل الهرمى للسلطة والمكانة والأهمية الظاهرة .
- غياب المشاركة من قبل صغار العاملين .
- عدم مشاركة الموظفين غير السريريين فى الفرق السريرية .
- كثرة المهام الإدارية وقلة العصف الذهنى وحل المشكلات .

ولهذا السبب ، سعت منشآت عديدة بشكل عام ، ووحدات لتقديم الرعاية الصحية بشكل خاص ، إلى التأكد من أن إستراتيجية تأسيس أسلوب تعديل منظم ومتحكم فيه عن طريق إدخال فريق تحسين الجودة ، تدخل فى صميم بناء الإستراتيجية . وإما أن يكون هذا كبرنامج إرشادى جانبى أو كفريق لتحسين شامل للجودة لكل خطة تشغيل كما يوضح ذلك الشكل رقم (٨-١) .

الشكل رقم (٨-١) فرق تحسين الجودة



إن المحاسن/الفوائد الرئيسية لهذه الفرق والتى يظهر بعضها فى فرق الإدارة الرسمية تشمل :

- القدرة على حل العديد من المشكلات المتنوعة ، وخاصة تلك التى تتصل بأكثر من إدارة أو وظيفة .
- مواجهة المشكلات من منظورات أو خبرات متعددة .
- رفع درجة الرضا ومعنويات العاملين من خلال مشاركتهم فى أعمال هذه الفرق .

وعندما تبدأ هذه الفرق فى العمل وتستمر فيه ، فإن الوحدات تجد أن عملية حل المشكلات تصبح أكثر سرعة وفاعلية . إن كلمة منح الصلاحيات أو تخويل السلطة "*Empowerment*" تستخدم بكثرة وتعتبر من المقومات الأساسية فى إدارة الجودة الشاملة . إن قدرة المنظمة على إعطاء الصلاحيات وتخويل السلطات الكافية للعاملين على كل المستويات لكى يحسوا بأنهم جزء أساسى فى أسلوب تحسين الجودة/وحل المشكلات ، يعد عاملاً حاسماً متى استدعت الظروف ذلك . وتتضمن فرق تحسين الجودة دلالات إعطاء السلطة .

ماذا يعنى منح السلطات أو الصلاحيات لك كمدير ؟

- هل ستكون سعيداً إذا قام كل العاملين معك بتقديم اقتراحات معقولة أو مقنعة بشأن تحسين الجودة ؟ نعم / لا

- هل ستكون سعيداً إذا قام كل العاملين معك بإنفاذ هذه المقترحات المعقولة أو المقنعة بشأن تحسين الجودة ؟ نعم / لا

- هل تعرف المقترحات التى تقدَم بها العاملون معك حديثًا ؟ نعم / لا

- هل تعبر أو تبدى لهم أن أفكارهم جيدة وجديرة بالأخذ فى الاعتبار ؟ نعم / لا

- كيف ؟

- هل تتحمل المخاطرة بأن تدع العاملين معك ينفذون ويتعلمون من تنفيذ فكرة سخيفة ، فى مرة من كل خمسين مرة ؟ نعم / لا

لقد تم إجراء تحسينات هائلة فى القطاع الخاص (شركات : رولزرويس وماركس واسبنسر مثلاً (Rolls Royce , Marks and Spencer) وكذلك فى خدمات القطاع العام (على سبيل المثال الخدمة الصحية الوطنية) ، وذلك فى أعقاب استحداث نظام فرق تحسين الجودة فى السنوات القليلة الماضية . إن فرق تحسين الجودة ليست سبيلاً آخر للمديرين لإيجاد حلول للمشكلات فقط ، إنها، فى حقيقة الأمر ، بُعدُ خلاق وطوعى وحركى (يتسم بالحركة لمقابلة التغيير للتطورات المتسارعة) لحل المشكلات العملية والتى يصعب حلها عبر الوسائل الإدارية التقليدية .

ما هى الفوائد التى يمكن جنيها من قيام فرق تحسين الجودة ؟

- تجاوز الحدود (بين الوحدات / الإدارات) .
- نشر الوعى .
- خلق الإحساس بالملكية (الانتماء) .
- البحث عن والسعى للحصول على المهارات والمعارف .
- تطور العاملين .

إن فرق تحسين الجودة والتى تستمد قوتها وبصورة مباشرة من المعارف والمهارات المتاحة على مستوى الجناح/الوحدة السريرية/التشغيلية ، تعتبر ذات توجيه ذاتى ولكنها فى الوقت ذاته جزء كامل من الوحدة . ولهذا فهى توصف بأنها معارضة (وبصورة دراماتيكية أى مثيرة) لجميع ما تتضمنه سياسات الإدارة العامة (كما يقترح هتشينسون . (Hutchinson 1991) أن أهم مرتكزات هذه الفرق وأسباب سمعتها أنها تمنح صلاحيات تضمن مشاركة العاملين فى ممارستها .

دور الاتصالات فى فرق العمل :

دون اعتبار وجود فرق محددة لتحسين الجودة ، فإن العمل الجماعى من أى نوع فى نطاق الرعاية الصحية يتأسس على وجود نظم اتصال فعالة . ولمزيد من التغطية المتعمقة لهذا الموضوع نحيل القارئ لدراسة كوش "Koch 1991" . إن الفشل فى الاتصال الصحيح يؤدى إلى خلق مشكلات لا داعى لها ، وتؤدى إلى أداء ضعيف على المستوى العملى .

وربما كانت أكثر وسائل الاتصال قوة هى المتمثلة فى إعطاء المثل / أو ضرب المثل من قبل أفراد الفريق أو العاملين عن طريق التزامهم بالجودة . ويتأتى ذلك على سبيل المثال من خلال :

- الأسلوب الإيجابى والاستعداد للالتزام بتحسين الجودة .
- السلوك المتصل بالجودة فى أوساط منطقة عملنا / مجال عملنا .
- المستويات المعيارية العامة للسلوك الفردى والمستويات المعيارية لمنطقة/مجال عملنا .
- رغبتنا فى تقدير خدمات العاملين لدينا ومكافأتهم .

إن التركيز على هذا الالتزام الفردى فيما يتعلق بتوصيل رغبتنا فى جودة الرعاية الصحية وخدماتها يعتبرا أمراً أساسياً . وهنا بعض الأفكار حول هذا الأمر :

١- الملصقات وحملات الملصق :



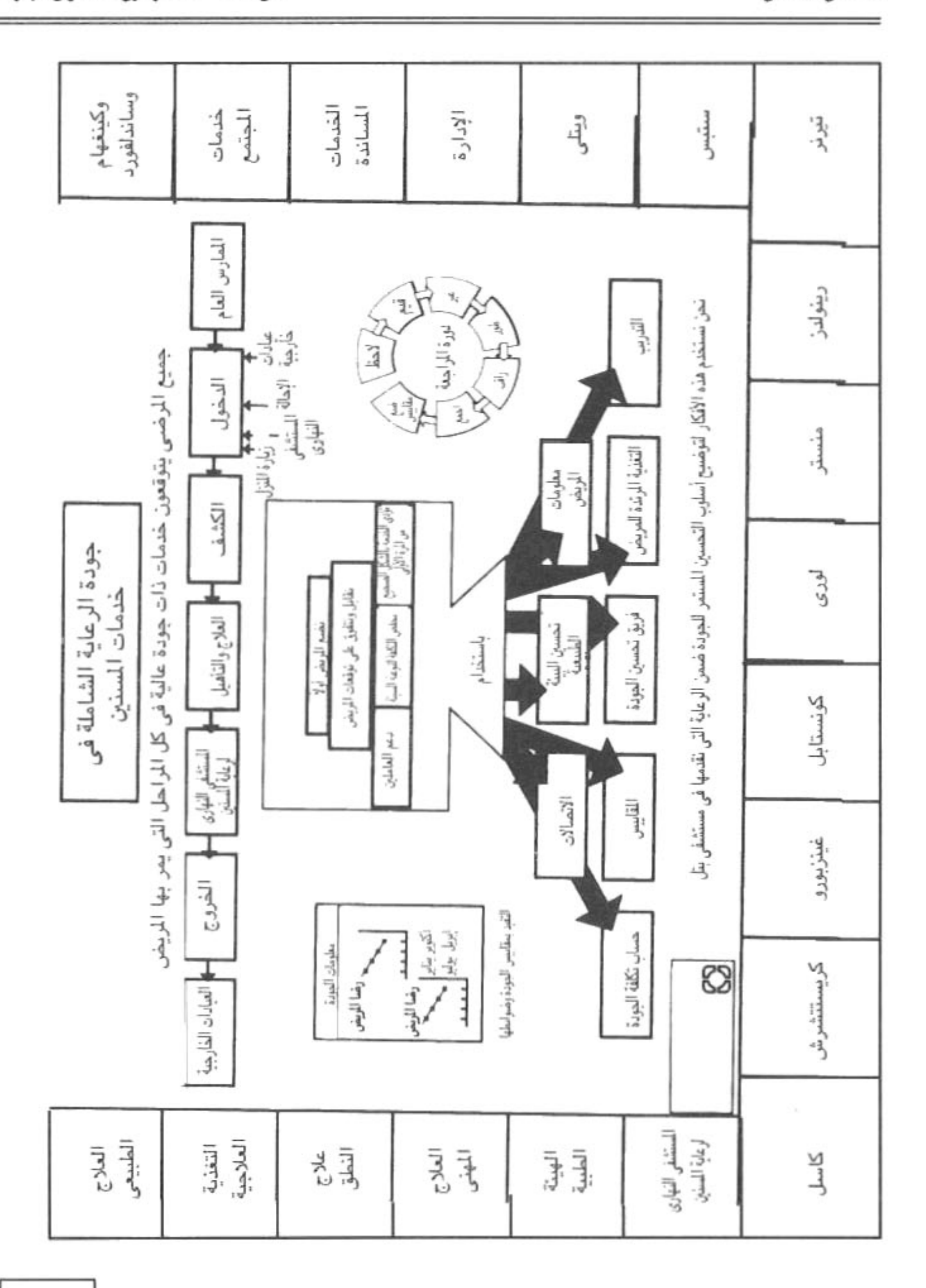
وقبل أن تبدى الضيق ، نشير إلى أن العديد من المستشفيات قد وجدت فى استخدام الملصقات ، الكبيرة والصغيرة ، وسيلة مهمة فى توضيح كيفية الاتصال وإيصال رسالة الجودة للعاملين (وأيضاً للمرضى وأقاربهم) . إن الإشارات المعلوماتية الصغيرة/الملصقات تظهر فى الأماكن الظاهرة وأيضاً فى الأماكن الأقل ظهوراً .

إن العديد من الشركات تقوم بتطوير وتسويق ملصقات لتحسين الجودة والتى يجب تعديلها لتتواءم مع خدمات نظام الخدمة الصحية الوطنية . ويمكن تعديل هذه الملصقات بسهولة .

هذا ، وتستلزم حملات الملصقات تفكيراً رصيناً وحريصاً على الأصعدة التالية :

- مكانها (الموقع والارتفاع) .
- الرسائل (التى تريد أن تبلغها) .
- الأهداف .
- المواءمة بين الملصقات ووعى العاملين .
- التدريب .

إن سلسلة من الخرائط التى تتوافق مع نظام الخدمة الصحية الوطنية قد تم تطويرها من قبل المؤلف ويمكن الحصول عليها منه . وتستوجب الاتصالات الناجحة باستخدام الملصقات التغيير المستمر والتطوير لتحسين رسائل الجودة المعلنة باستخدام ملصقات جديدة على أسس دورية .


جودة الرعاية الشاملة فى خدمات المسنين
جميع المرضى يتوقعون خدمات ذات جودة عالية فى كل المراحل التى يمر بها المريض
الممارس العام
الدخول
الكشف
العلاج والتأهيل
المستشفى النهارى لرعاية المسنين
الخروج
العيادات الخارجية
عيادات خارجية
الإحالة
المستشفى النهارى
زيارة المنزل
دورة المراجعة
باستخدام
معلومات المريض
التدريب
التغذية المرتدة للمريض
تحسين البيئة الطبيعية
فريق تحسين الجودة
الاتصالات
المقاييس
حساب تكلفة الجودة
نحن نستخدم هذه الأفكار لتوضيح أسلوب التحسين المستمر للجودة ضمن الرعاية التى تقدمها فى مستشفى بتل
وكينغهام وساندلفورد
خدمات المجتمع
الخدمات المساندة
الإدارة
ويتلى
ستيفنس
تيرنر
ريفولدز
منستر
لورى
كونستابل
غينزبورو
كريستشيرش
كاسل
العلاج الطبيعى
التغذية العلاجية
علاج النطق
العلاج المهنى
الهيئة الطبية
المستشفى النهارى لرعاية المسنين

٢- الكتيبات المعدلة :

من أجل أن يكون العاملون على علم بجميع التطورات وعلى دراية عميقة بالمعلومات التى يمكن الحصول عليها بواسطة الملصقات (والتى يمكن ربطها بغرض التدريب) ؛ يمكن استخدام الكتيبات التى توفر المعلومات ، والتوصيف ، والأدوات ، والوسائل ، وكذلك أمثلة حول كيفية الاستخدام .

هذا ، وقد وفرت منظمة إدارة الجودة الشاملة العالمية سلسلة من الكتيبات العديدة ، منها : دليل الجودة ، وكتاب الجيب لأدوات الجودة ووسائلها وتقنياتها ، وكتاب الجيب لقادة فرق مشروع الجودة ، والتى يمكن الاستفادة منها ، ولكن يجب أيضاً تعديلها لتتلاءم مع قطاع الرعاية الصحية . انظر الشكل رقم (٨-٢) .

الشكل رقم (٨-٢) الكتيبات المعدلة (أو التى يمكن تعديلها لتخدم أغراض الجودة فى قطاع الرعاية الصحية)





(تابع) الشكل رقم (٨-٢) الكتيبات المعدلة

المحتويات	الصفحة	مقدمة
مقدمة	٣	يتضمن هذا الكتيب تعريفًا لإدارة الجودة الشاملة ، ويوضح الأصول العامة التى تقوم عليها .
إدارة الجودة الشاملة :		
تعريفنا لإدارة الجودة الشاملة	٤	
قواعدنا لإدارة الجودة الشاملة	٥	ويتضمن الكتيب أيضًا إرشادات حول استخدامات الأدوات والوسائل التى يمكن استخدامها كجزء من عملية إدارة الجودة الشاملة .
عملية إدارة الجودة الشاملة	٦	
مشروعات الجودة الشاملة :		
أهداف المشروع	٨	
أسلوب المراحل الخمس للمشروع	٩	
تحليل المشكلة خطوة خطوة	١١	
الأدوات والأساليب :	١٣	
عصف الأفكار	١٤	- ولكل أداة (أو أسلوب) يقدم الكتيب ملخصاً حول :
تحليل الباعث والأثر	١٥	
قوائم المراجعة	١٨	ما هيتها ؟
أشكال التركيز	١٩	متى نستخدمها ؟
خرائط تدفق العملية	٢٠	لماذا نستخدمها ؟
عينات النشاط	٢٣	كيف نستخدمها ؟
التعامل مع البيانات وعرضها	٢٤	
تحليل " باريتو "	٢٨	وقد قصد من الكتيب أيضاً أن يكون مرجعاً لأعضاء فرق مشروع الجودة الشاملة وللمهتمين الآخرين بعملية الجودة الشاملة .
التحليل الميدانى	٣١	
الأولويات والتقييم	٣٣	
أشكال آثار الحلول	٣٥	
تحليل منع الفشل أو الوقاية منه	٣٧	
أدوات ووسائل وأساليب مصفوفة الجودة	٣٨	

(تابع) الشكل رقم (٨ – ٢) الكتيبات المعدلة



INTERNATIONAL

إدارة الجودة الشاملة العالمية

إدارة الجودة الشاملة

دليلك

فريق العمل (العمل الجماعى) :

للعمل كفريق يجب علينا الحرص على تجنب إيجاد مواقف أو حالات (الرابح / الخاسر) .

ويحدث هذا الموقف عندما تكون لأفراد الفريق وجهات نظر مختلفة وعليه يقررون بدلاً من محاولة الوصول لاتفاق فإنهم سيستمرون فى النقاش والإصرار على فرض الرأى على أى حساب .

فى نهاية الأمر فإن شخصاً سيكسب وسيخسر الآخر . وإذا كانوا قد أخذوا بعض الوقت ورأوا المسألة من وجهة نظر الآخر فقد يتوصلون لشىء يجعلهم سعيدين .



إن موقف الرابح يؤدى إلى

إضاعة الوقت .

خلق الصراع .

يوقف الاستماع للآخرين .

يخلق مواقف دفاعية .

يعرقل عمل الفرق .

حاول دائماً أن تنظر للمسائل من وجهة نظر الآخرين قبل الاختلاف معهم .

بعض المواضيع الرئيسية | صفحة ٢٥

بناء فريق فعال :

إن العمل مع بعضنا البعض خير من العمل ضد بعضنا البعض . فإذا شددنا معًا فى نفس الاتجاه فإننا على الأرجح سننجح .

إن أفضل الفرق الرياضية تتمتع بوجود أفراد جيدين ولكنهم يكسبون المباريات لأنهم يلعبون جيداً كفريق . ويعملون معًا لإحلال الهزيمة بالمنافسين . وهذا ما يجب علينا عمله .



إن عملنا كفريق يضمن لنا :

- تحقيق ما يعجز الأفراد عنه .
- الاستغلال الأمثل لجميع مهاراتنا .
- اتخاذ قرارات أفضل .
- قسطاً أكبر من المتعة .
- كيف يمكننا أن نعمل أفضل من الآخرين لتحسين الجودة فى نطاق عملنا ؟ بناء فريق فعال :

بعض المواضيع الرئيسية | صفحة ٢٤

٣- صناديق الاقتراحات :

حاولت العديد من المستشفيات هذه الطريقة بدرجات متفاوتة من النجاح . ففى الوحدة التى قوبلت فيها مشروعات الجودة الشاملة بقبول كبير من العاملين ، فإن الفرصة تكون أكبر فى تعريف الإدارة بأى فكرة جديدة اعتماداً على ثقتها بأنها ستجد اهتمامًا جديًا ، إذا تم تنفيذها أو إرجاعها مع شرح حول أسباب عدم ملاءمتها . وغالبًا ما يتم التنويه والاعتراف بهذه الأفكار – سواء تم تنفيذها أم لا .

٤- الرسائل الإخبارية الداخلية :

يعتبر الحصول على نظام اتصالات مستمر حول رسالة تحسين الجودة أمرًا مرهقًا . إن وسيلة الرسالة الإخبارية الداخلية تعد أسلوبًا فعالاً فى الاتصال بكل العاملين وإخطارهم بقصص النجاحات الحديثة على صعيد زيادة جودة الرعاية الصحية . كما أن الرسالة الإخبارية تساعد فى الحفاظ على روح الحماس ، وتؤدى إلى توليد أفكار جديدة وإعادة تخصيب الأفكار القديمة .

وتعد الروح الإبداعية والابتكار من أهم خصائص محرر الرسالة الإخبارية . ويوضح الشكل (٨ -٣) مثالاً على ذلك .

الشكل رقم (٨ – ٣) الرسالة الإخبارية

مجموعة مستشفيات
(التنجالفين ALTNAGELVIN)

خدمات السجلات الطبية :

تشمل خدمات المرضى مكتبة السجلات الطبية ووظائف الإدخال / والمواعيد ، وخدمات السكرتارية الطبية وأنشطة الأجنحة الكتابية ، وكلها مهمة على صعيد تسهيل تقديم رعاية وخدمة على مستوى عالٍ من الجودة هنا فى "التنجالفين ALTNAGELVIN" .

وفى سبيل الحفاظ على تحسين العديد من هذه الخدمات والمساعدة فى ذلك ، قمنا بتطوير "مجموعة تحسين الجودة " والتى تشمل :

كاثى فنستون " Kathy Funston" كاتبة جناح – الجناح ١

جرالدين كار " Geraldine Carr" سكرتيرة شخصية – جراحة المبنى الرئيسى

بريدا كامبل " Breda Campbell" خدمات المواعيد

جون هافورد " John Havord" مكتبة السجلات الطبية

كاثرين جيلين " Catherine Gillen" محاسبة المرضى وخدمات الاستقبال

مارى دن " Marie Dunne" مديرة خدمات المرضى

وذلك بمعاونة "هيو كوش Hugh Koch" استشارى إدارى فى إدارة الجودة . وهذا الفريق يسعى للاجتماع كل أسبوعين وتتمثل أهدافه فيما يلى :

– زيادة مستوى رضا العاملين بالخدمات المحددة .

– زيادة رضا العاملين حول التمتع بحق استعمال الخدمات المحددة .

– زيادة رضا المرضى بما يواجهونه من جوانب تتصل بالسجلات الطبية .

تابع - الشكل رقم (٨ - ٣)

- المساعدة على إيجاد مستويات معيارية والاتفاق حولها ، إضافة إلى بيان كيفية قياس أداء العاملين حسب هذه المستويات .
- التأكد من الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة .
- العمل على التحسين المستمر للعمل ؛ وذلك للمساعدة على إيجاد الحلول للمشكلات التشغيلية عند حدوثها .

ما تم التوصل إليه حتى الآن :

- عقب الاجتماع الأول تم الاتفاق حول التالى :
- تحديد القضايا/المشاكل الرئيسية فى كل جانب من جوانب السجلات الطبية .
- تحديد آثار هذه المشاكل والحلول المقترحة للمشكلات والمعوقات / المحددات التى يمكن أن تعترض نجاح هذه الحلول .
- تخطيط مواصفات المستويات المعيارية وكيفية مراقبتها .
- التأكد من أن جميع العاملين فى السجلات الطبية يعرفون إدارة تحسين الجودة ويشعرون أنهم قادرون على المساهمة .

كيف يمكنك المساعدة :

إننا نعرف أن الجودة جزء من عمل كل واحد - إن أغلب إن لم يكن كل العاملين قد عملوا على تطوير الخدمات متى كان ممكنًا . ولكن نقترح أن إنشاء فرق تحسين الجودة يمكن أن يسرع بهذه العملية .

مرفق بهذه النشرة ورقة أعدت لك لكى تسجل عليها أى قضايا/مسائل تتصل بتحسين الجودة والتى تقترح على الفريق أن يأخذها فى اعتباره ، وما تراه من آثار لهذه القضايا على طريقة تقديمنا للخدمات وأى حلول تراها مناسبة ، وكذلك المعوقات التى قد تعترض هذه الحلول .

عندما تنتهى من إعداد هذه الورقة يمكنك تسليمها لأى من أعضاء الفريق ، وسيقوم بإثارة ما ذكرت فى الاجتماع القادم .

إن رسائل إخبارية داخلية منتظمة كهذه سوف تصدر لإخطارك بما يتم من تقدم .

شكراً لك !

النسخة المعدلة لفريق تحسين الجودة /أو حلقة الجودة /أو فريق العمل :

يعد فريق تحسين الجودة فريقاً متعدد الوظائف ، يتشكل من تخصصات مختلفة ؛ وذلك للعمل على إيجاد الحلول لمشكلة أو أكثر ، والتى تتسم بكونها تؤثر على أكثر من إدارة . وهذا الفريق يمكن تشكيله إما على أساس مؤقت/وفقًا لمدى زمنى محدد حيث يتم حله عقب حل المشكلة ، أو يكون دائمًا ومستمراً لكى يتعامل مع المشاكل ويعمل على تحسين الخدمة والجودة . إن عملية إنشاء ومراقبة أداء فرق تحسين الجودة تتطلب النظر فى العديد من القضايا لعل أهمها :

- الرؤية الإستراتيجية - أى النظر إلى فرق تحسين الجودة كجزء من عمليات إدارة الجودة الشاملة .
- فهم عملية تحسين الجودة .
- اختيار أفراد فريق تحسين الجودة .
- مهارات حل المشاكل المتصلة بتحسين الجودة - الأدوات والوسائل والتقنيات .
- القيادة ومقابلة متطلبات المهارات الإدارية .
- التدريب .
- التوثيق وإعداد التقارير .
- التغلب على (أو مواجهة) المشاكل والمعوقات .

وأغلب هذه القضايا تمت مناقشتها فى مقالة " كوش و سابوغيرو Koch and Sabugueiro" عام ١٩٩٢م تحت مسمى " الثقة فى الفرق Trust in Teams" .

وفيما يلى نتناول كل واحدة من هذه القضايا بشىء من التفصيل :

١- الرؤية الإستراتيجية :

كما أشرنا فى مطلع هذا الفصل ، فإنه من الواجب عدم النظر إلى مسألة تطوير فرق تحسين الجودة كمبادرة جانبية ، إنها ، فى الحقيقة ، جزء متمم لأسلوب إدارة

الجودة الشاملة والتى يتم العمل بموجبها اعتماداً على التزام كامل من قبل الإدارة العليا ، وفى ضوء أهداف واضحة بمساندة التدريب كلما تطلب الأمر ذلك . وتكون الفائدة من هذه الفرق عظيمة ؛ حينما يتم التعامل معها كمشروعات متكاملة (شاملة) ، أى إنشاء فريق لتحسين الجودة فى كل مجال من مجالات الخدمة التشغيلية (على سبيل المثال : الجراحة ، الطب ، العيادات الخارجية) .

٢- فهم عملية تحسين الجودة :

كلما كان تفهم وظيفة فرق تحسين الجودة كبيراً من قبل أعضاء الفريق ؛ كانت عملية تحسين الجودة أكثر كفاءة . ولكن هذا قد يأخذ بعض الوقت ، ولن يحدث على الوجه المطلوب حتى تتم العديد من اجتماعات الفريق . وفى كل الأحوال ، فإن المطلوب من أعضاء الفريق أن يكونوا واعين لما يلى :

الأهداف العامة لتحسين الجودة :

- زيادة درجة الرضا للعاملين بالخدمة .
- تحديد مستويات معيارية للخدمة واعتمادها .
- قياس وزيادة درجة التوافق مع المستويات المعيارية .
- خفض التكلفة المرتبطة بالأداء المتدنى .
- زيادة درجة الرضا لدى العملاء " الداخليين " و " الخارجيين" .
- زيادة درجة الوعى بأهمية الجودة لدى العاملين .
- التطوير المستمر لعملية تحسين الجودة فى فريق تحسين الجودة .
- الجوانب الأساسية لتحسين الجودة .
- الخطوات الأساسية لأعمال وإجراءات الجودة من خلال فريق تحسين الجودة .

انظر الأشكال من رقم (٨-٤) إلى (٨-٧) والشكل رقم (٨-٨) يعطى مثالاً عن كيفية بدء أحد مديرى الخدمات الاجتماعية فى تطوير مجموعات عمل للجودة .

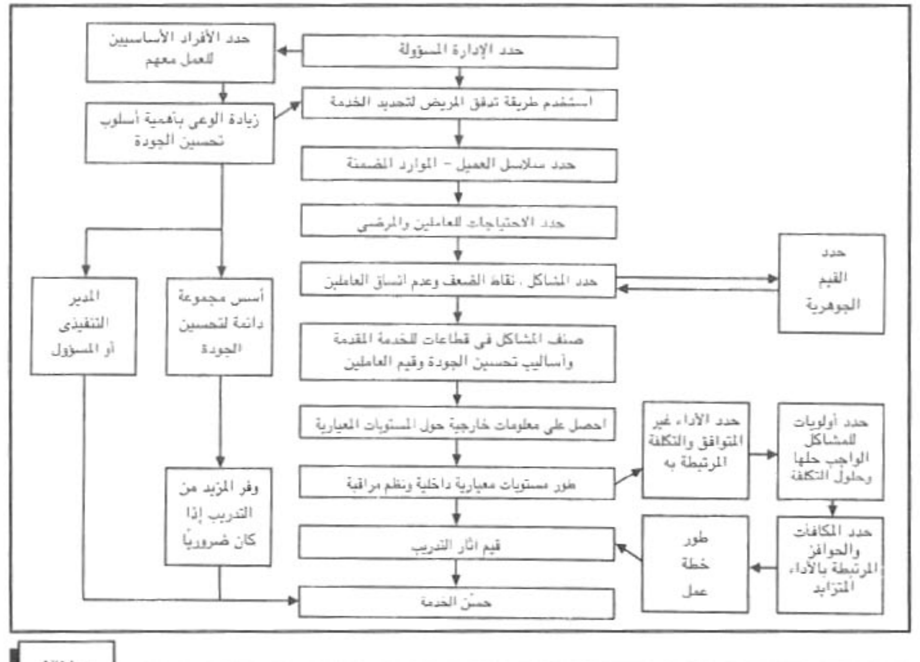
٣- اختيار أعضاء فريق تحسين الجودة :

إن التوضيح الذى يتضمنه الشكل رقم (٨-٩) يحدد المجموعات التى يجب فحصها عند التفكير فى اختيار أفراد فريق تحسين الجودة .

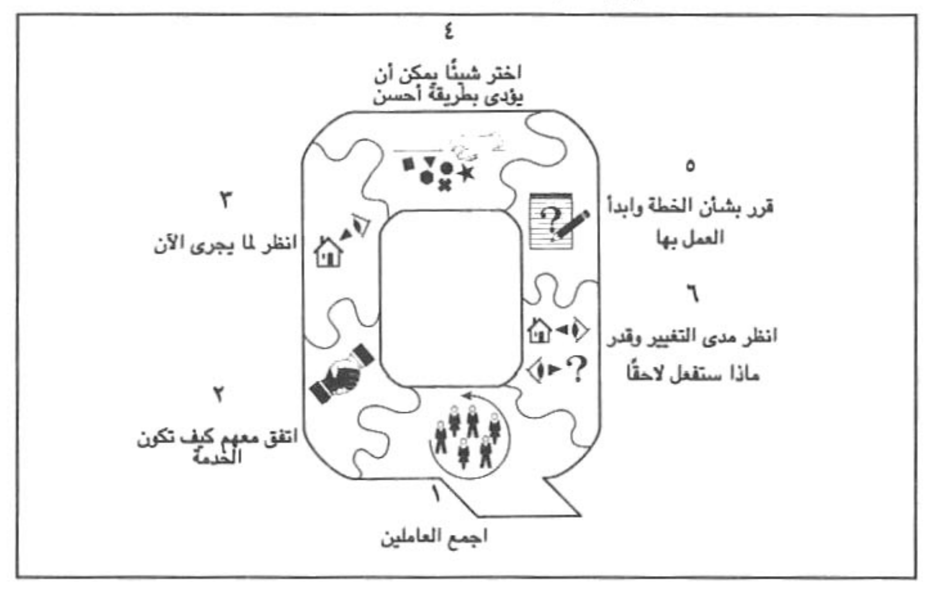
وباعتبار العاملين فى وحدة داخلية ، فإن اختيار الأماكن الثمانية فى الفريق (والرقم ثمانية هو رقم سحرى لمجموعة يترجح عدد أفرادها ما بين ٥ و ١٠) يمكن أن يتم وفقاً للخواص التالية :

- يجب تمثيل كل واحدة من المجموعات الرئيسية (على سبيل المثال : الطب ، التمريض) .
- يجب اختيار الأفراد اعتماداً على إبداعهم وأسلوبهم الإيجابى فى حل المشاكل) .
- المستوى الوظيفى ليس معياراً للاختيار : فالمجموعات الأفضل تتسم بأنها تتمتع بمزيج من المستوى / المهارة .
- المتطوعين .

الشكل رقم (٨-٤) عملية تحسين جودة الخدمة



الشكل رقم (٨-٥) الخطوات الست لخطة عمل الجودة

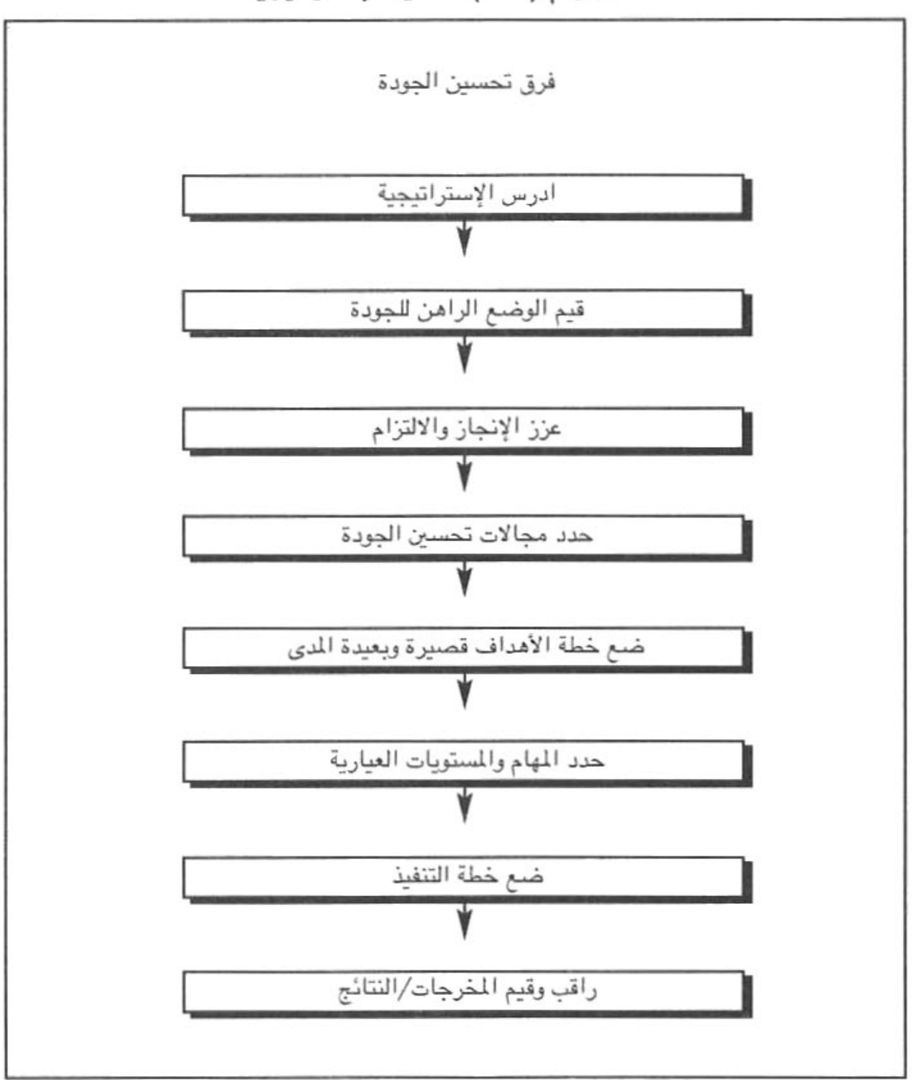


الشكل رقم (٨-٦) الخطوات الثمانى فى أسلوب حل المشكلات



بالاستناد إلى "دمينغ" Deming : خطط ، نفذ ، راجع (قيم) دائرة التعديل

الشكل رقم (٨-٧) : تنفيذ الإستراتيجية



الشكل رقم (٨ - ٨) مذكرة داخلية

مــذكـرة

التاريخ : ٢٥ من إبريل

إلـــى : مدير الخدمات الاجتماعية

مـــن : " هارى كار Harry Carr"

الموضوع : مجموعات عمل الجودة

أود إحاطـتكم بـأننى أنوى تطوير مجموعات عـمـل للجـودة فـى مـركـز " ويلوز داى Willows Day" الكائن فى ٣٥ من شارع " كرادوك Craddock". وسـوف أشـارك فى هذا الموضـوع وكـذلك " سـو أندرسـون Sue Anderson" حيث نقـوم معـًا بمهام التنسيق ، ويقوم المديرون التنفيذيون المباشرون بمهام قيادة المجموعة . ويتطلب هذا الأمر زمناً كبيراً منا نحن الأربعة بالإضافة إلى أعضاء المجموعات . وأتوقع أنه سيكون لإنشاء مجموعات العمل أثر فيما يتعلق بإدارة الخدمات لجهة اقتراحات التـغيير فى السياسة والتطبيق ، وطلب المزيد من الموارد ، ... إلخ .

إن الفوائد المتوقعة من إنشاء مجموعات عمل الجودة تتضمن :

- تعريفًا واضحًا وعمليًا لأهداف ووسائل الخدمتين المعنيتين .
- مـلاءمـة أفـضل للخـدمـات ولاحـتـيـاجـات الأفـراد ، وبالتـالى جـودة أحـسـن لمستخدمى الخدمات .

الشكل رقم (٨-٩) أعضاء فريق تحسين الجودة

قائمة بمن أريده ضمن المجموعة والسبب :

قد يكون مفيداً استخدام هذه القائمة للتفكير بشأن من الذى تريده ضمن المجموعة ، وسبب ذلك .

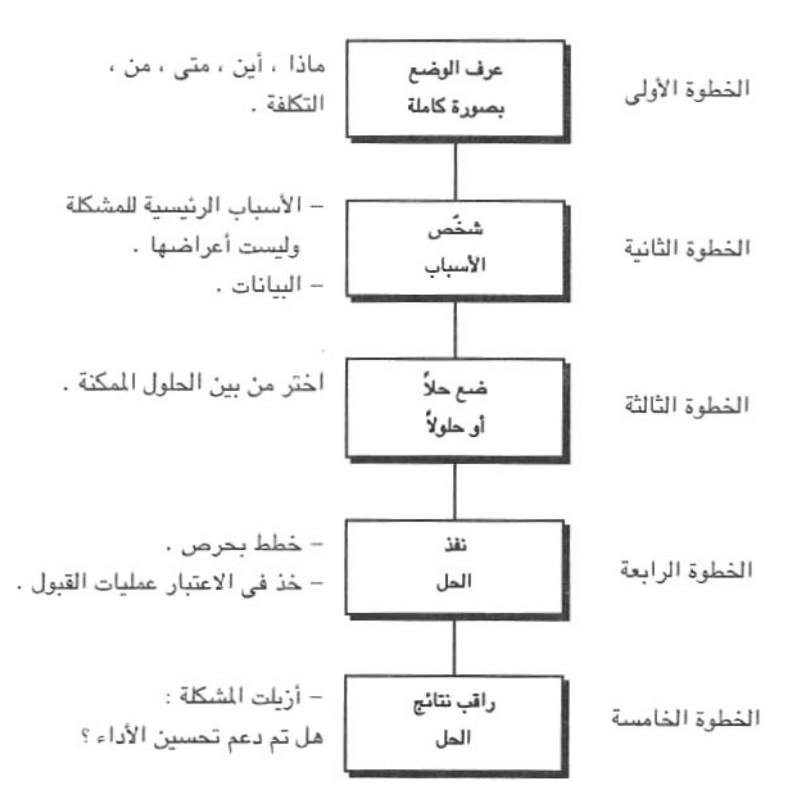
	من	لماذا
مستعملو الخدمة		
المؤيدون		
العاملون		
الأشياء ذات الصلة		
الآخرون		
قائد المجموعة		
المنسق		
الحجم الإجمالى للمجموعة		

٤- مهارات حل المشكلات ، الأدوات والوسائل والتقنيات :

تدريجيًا ، وكنتيجة للدعم ورفع درجة الوعى والتدريب ، فإن أعضاء المجموعة ، يمكن لهم تطوير المهارات التالية :

- أسلوب حل المشكلات . انظر الشكلين (٨-١٠) و (٨-١٣) .
- الأدوات والوسائل والتقنيات . انظر الشكلين (٨-١١) و (٨-١٢) .
- مع وجود مراجع وتمارين بسيطة تساعد على عصف الأفكار وليست معقدة (مثلاً : تمارين رفع الأثقال : انظر الشكلين (٨-١٤) و (٨-١٥) .

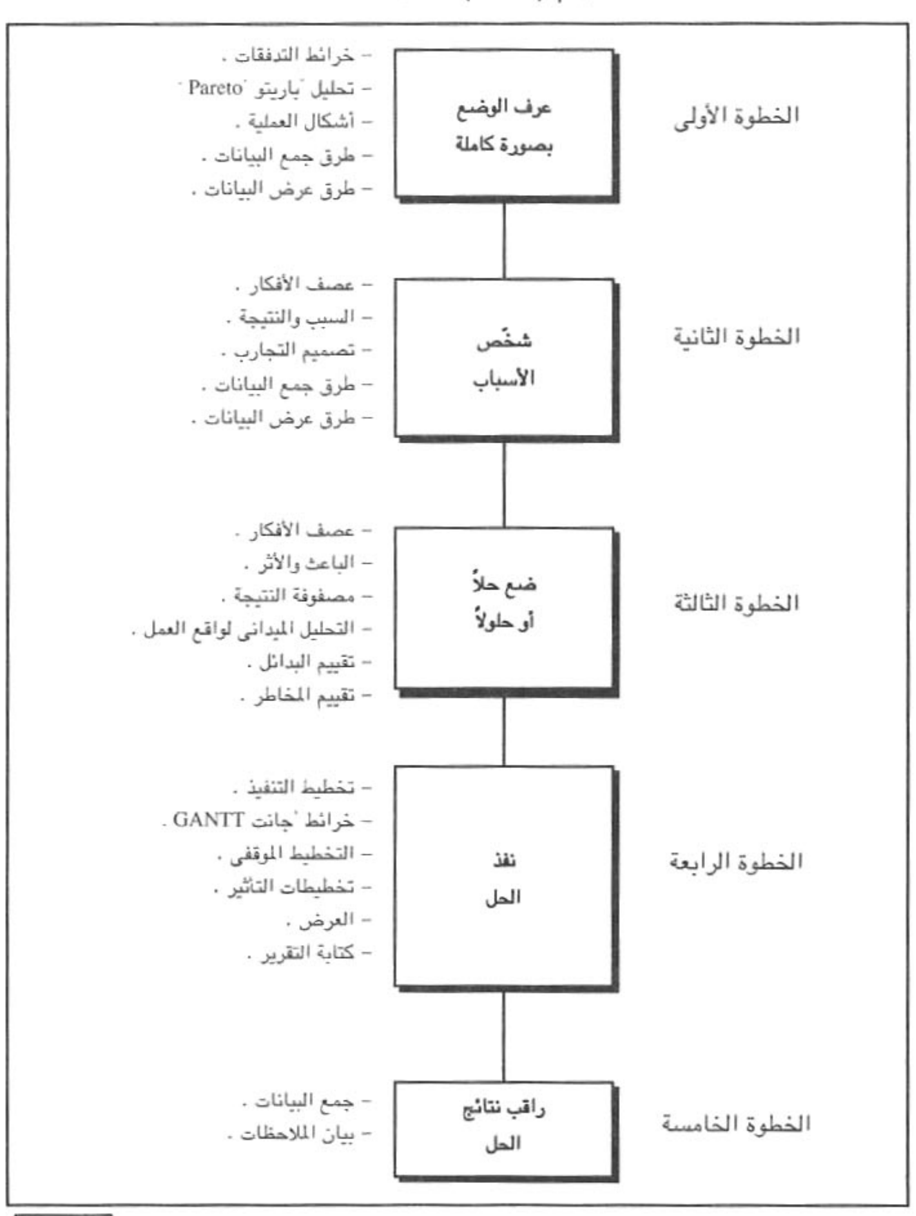
الشكل رقم (٨–١٠) : أسلوب نظامى لحل المشكلة



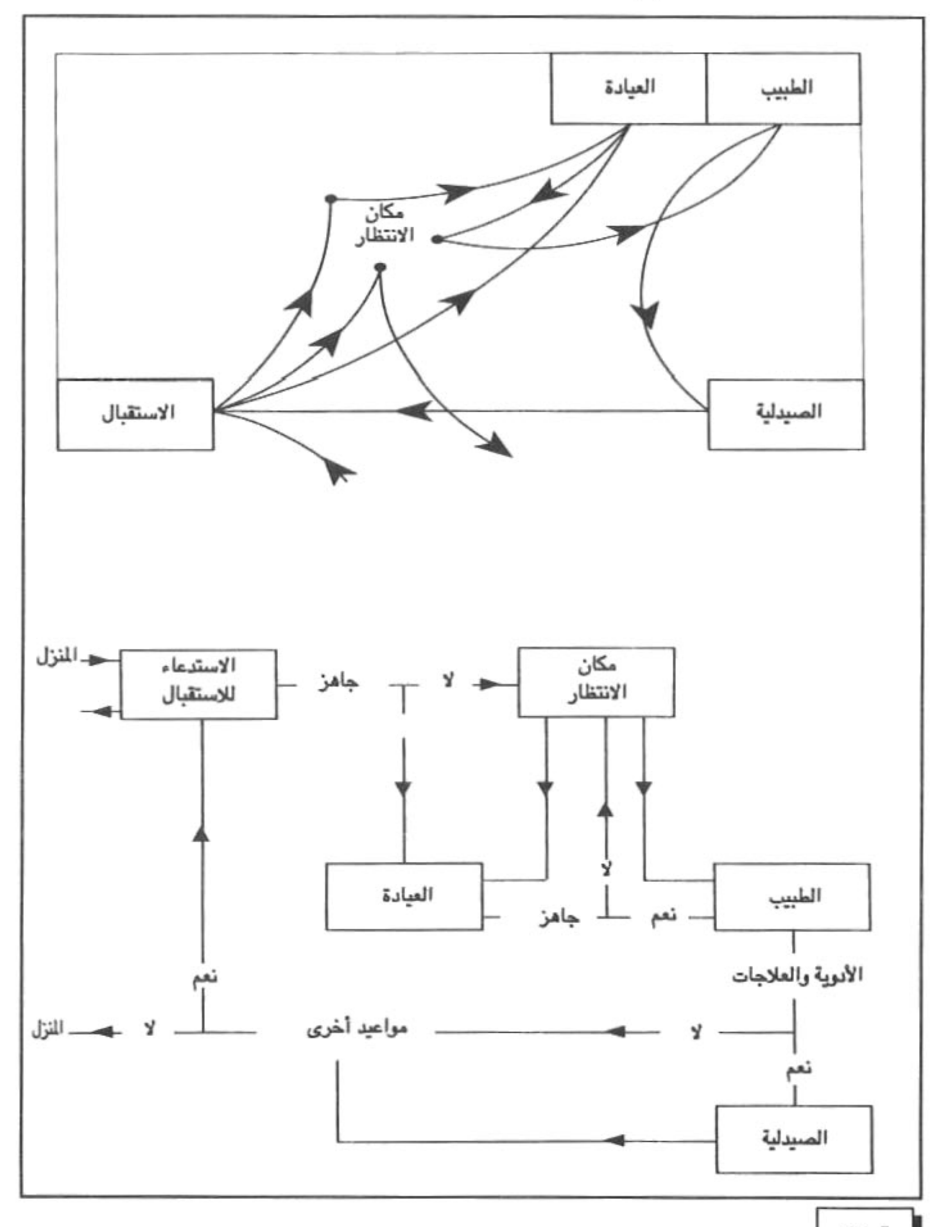
الشكل رقم (٨–١١) : أدوات ووسائل وتقنيات تحسين الجودة

الحل النظامى للمشكلات :	جمع البيانات
الأنظمة والعمليات :	تصميم التجربة
خريطة تدفق العملية :	عرض البيانات
عصف الأفكار :	تحليل باريتو "PARETO"
تحليل السبب والنتيجة :	تقييم الحلول
تخطيط المعلومات :	تنفيذ التخطيط

الشكل رقم (٨-١٢) : أدوات حل المشكلة



الشكل رقم (٨-١٣) : خريطة تدفق العملية : تدفق العمل

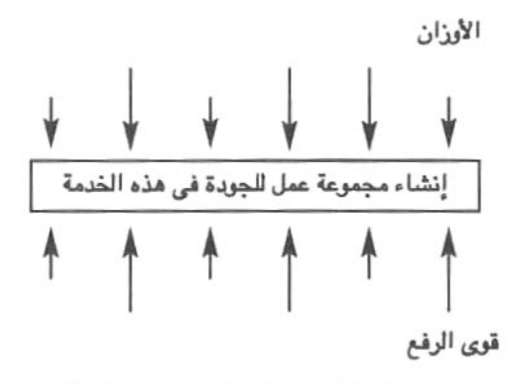


الشكل رقم (٨-١٤) : تمرين رفع الأثقال

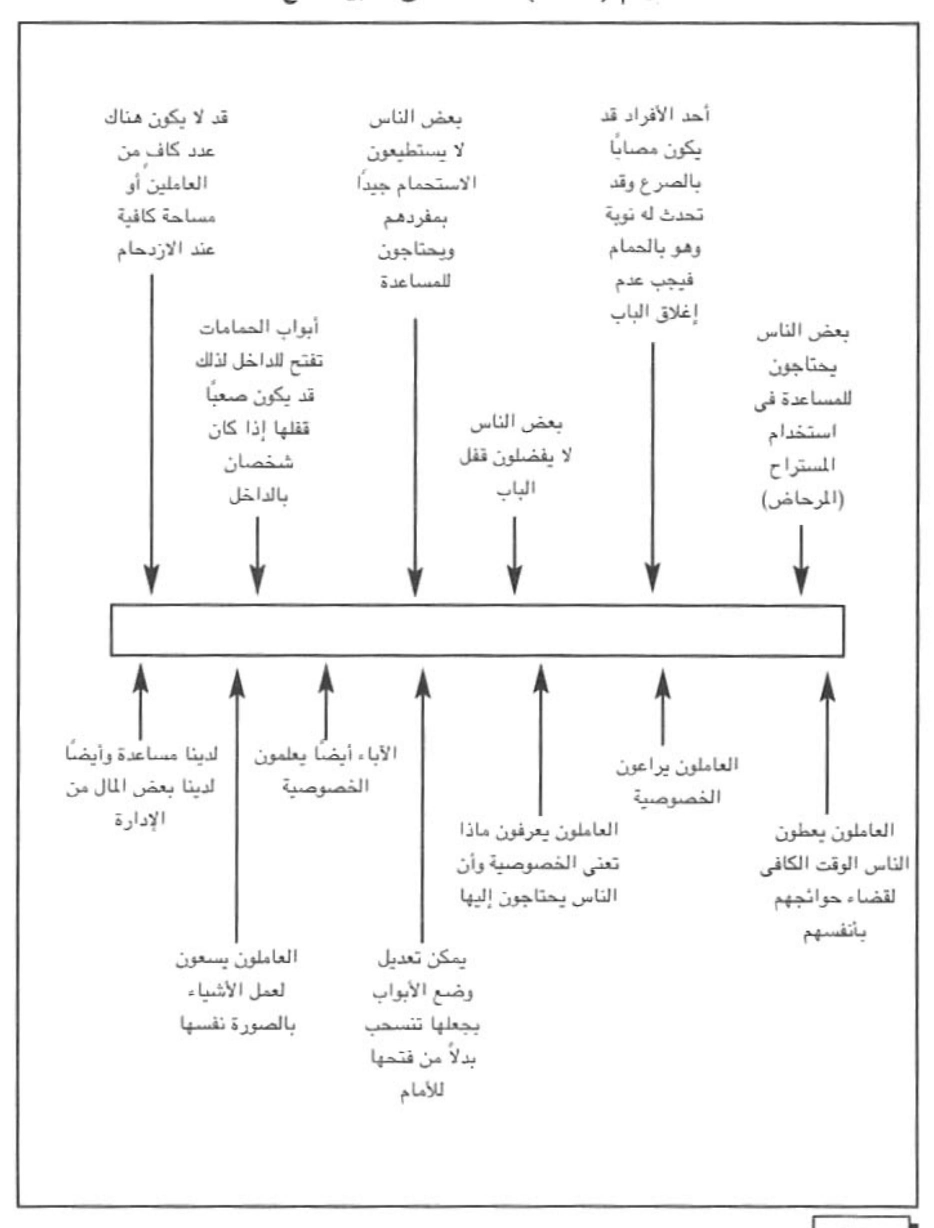
هذا التمرين سيساعدك فى إعطاء صورة لمن يقفون مع التغيير أو ضده فى منظمتك .

فى منتصف الورقة اكتب الهدف . مثلاً : إنشاء مجموعة عمل فعالة للجودة فى هذه الخدمة . فكر فى القوى التى يمكن أن تكون ضد هذا الهدف (الأوزان) واكتب هذه فوق الصندوق بالأسهم الضاغطة إلى أسفل . ويمكنك الترميز للقوى الأقوى بالأسهم الداكنة (الغليظة) . ثم فكر فى القوى التى يمكن أن تساعد فى تحقيق الهدف (القوى الرافعة) واكتبها تحت الصندوق بالأسهم الضاغطة إلى أعلى .

عندما تحصل على صورة واضحة لما يجب عليك مواجهته ، فكر فى وسائل لتقوية القوى الإيجابية وإضعاف القوى السلبية . وقد يساعد أيضًا إذا استطعت أن تعمل نفس هذا التمرين مع مجموعات أخرى من العاملين بالمنظمة أو بالخدمة .



الشكل رقم (٨-١٥) : مثال على تمرين رفع الأثقال



٥- القيادة والوفاء بمتطلبات المهارات الإدارية :

إن كل أعضاء فرق تحسين الجودة وخاصة قائد الفريق (المهيئ أو المنسق) يجب أن تكون لديهم مهارات شخصية تساعدهم لقيادة فريق تحسين الجودة وإدارة اجتماعاته . إن اجتماعات الفريق ستكون أكثر فاعلية إذا توفر للفريق ما يلى :

- مساهمة كل أعضائه شفاهة .
- النظر إلى إسهاماتهم على أنها مهمة وتدخل فى صميم أعمال الفريق .
- أن يصب النقاش فى صلب الموضوعات ويلتزم بها .
- استماع أعضاء الفريق لبعضهم بعضًا .
- أن يتم تلخيص وإيجاز كل تقدم يحرزه الفريق ويعرض على الأعضاء .

إن فرق تحسين الجودة ستكون أكثر نجاحًا إذا استطاع قائد الفريق مساعدة الأعضاء للتركيز على ما يلى :

- الاتصالات الفعالة .
- حل المشكلات .
- الاستخدام الجيد للوقت المتاح للفريق .
- الرغبة فى النجاح والتوجه العملى .

وإذا كان الغرض هو استحداث أول جدول أعمال (أجندة) للفريق ، فإن المثال التالى يمكن أن يؤدى إلى تطوير نقاش مفيد :

' جدول أعمال مقترح :

مقدمات .

شرح معنى برنامج الجودة وما تقوم به مجموعات برنامج عمل الجودة .

ماذا يريد الناس ؟

- أهداف المجموعة .

تخطيط الاجتماعات :

من سيرأس الاجتماعات ؟

من سيتولى كتابة وقائع الاجتماعات وما يحدث فيها ؟

كيف يتم تسجيل/تدوين المعلومات وتعميمها ؟

القواعد والأحكام التى تنظم عمل المجموعة (ما تقوم به المجموعة ، وما لا توده المجموعة مثل التدخين أثناء الاجتماعات ، كيف يتم التوصل إلى القرارات ، وغيرها من الأمور) .

متى سيجتمع الفريق ؟ وما هو الوقت الذى يناسب الجميع ؟

راجع ما تمت مناقشته فى الاجتماع وما تم إنجازه .

نَبه أعضاء الفريق حول موعد الاجتماع القادم .

إن جدول الأعمال اللاحق ، والذى يحبذ أن يكون غير رسمى ، يمكن أن يشمل التالى :

تحديث الإجراء السابق .

أى نقاش يتصل بهذا الإجراء السابق .

أى أعمال جديدة أخرى للنقاش (عدد محدود) .

مراجعة الإجراء والخطوات التالية .

موعد الاجتماع المقبل .

إن المذكرات الخاصة بالاجتماعات مهمة ، رغم أنها قد لا تكون أساسية ، ولكن يجب ألا تتحول اجتماعات فرق تحسين الجودة إلى نمط بيروقراطى آخر ؛ إذ يجب أن

تكون ذات طابع مرح وتتجه نحو المنطلق العملى . إن أهم المذكرات تتضمن التالى :

الموضوع القضايا العمل/الإجراء المسؤولية (الشخص/التاريخ)

٦- تدريب أعضاء فريق تحسين الجودة :

من أهم أجزاء أى إستراتيجية للجودة التأكد من توافر التدريب وتقديم المساعدة لهؤلاء المختصين والعاملين فى فريق الجودة . ومن الأمثلة على برنامج تدريبى لمدة ثلاثة أيام مكون من يومين متتالين ، ثم يتوقف لمدة ستة أسابيع ، ثم يكون هناك يوم تدريبى ثالث لكل أعضاء فريق تحسين الجودة كما يلى :

من الذى يجب أن يحضر ؟

إن ورش العمل يتم تنظيمها كجزء من إستراتيجية " نحو إدارة جودة شاملة " التى تتبناها الوحدة . والمستهدف منها أعضاء فرق تحسين الجودة (لكل خدمة وأيضاً فى مجال العقارات والممتلكات والخدمات المساندة) . والورشة الأولى ستكون لمدة يومين والثانية ليوم واحد . ويجب أن يتأكد المشاركون من أنهم سيحضرون أيام التدريب الثلاثة .

الهدف :

الهدف من عقد ورش العمل هو تطوير فهم دور فرق تحسين الجودة ، وكذلك تعريف المشاركين بوسائل دوائر أو حلقات الجودة .

ورشة العمل الأولى - اليوم الأول :

الساعة ١٠:٠٠ صباحاً	قهوة / الافتتاح والتقديم .
الساعة ١٠:١٠ صباحاً	تعارف أعضاء الفريق .
الساعة ١٠:٤٥ صباحاً	نبذة عن مفهوم إستراتيجية الجودة " نحو إدارة جودة شاملة " التى تتبناها الوحدة .

الساعة ١١:١٥ صباحًا أسباب استحداث فرق تحسين الجودة .

الساعة ١١:٤٥ صباحًا فرق تحسين الجودة - المهارات (الجزء الأول) : العمل معًا ، عصف الأفكار ، التعامل مع المشكلات من خلال مجموعات العمل ، جمع البيانات (الجزء الأول) .

الساعة ١٢:٤٥بعد الظهر الغداء .

الساعة ١:٤٥ بعد الظهر تحليل وحل المشكلات .

الساعة ٢:٤٥ بعد الظهر متطلبات أو اشتراطات البدء فى حلقات الجودة .

الساعة ٣:٣٠ بعد الظهر تناول الشاى ونهاية الجلسة الأولى .

ورشة العمل الأولى - اليوم الثانى :

الساعة ١٠ صباحًا قهوة / عرض الحلول للإدارة .

الساعة ١١ صباحًا منح صلاحيات للعاملين .

الساعة ١١:٤٥ صباحًا اجتماع للمناظرة والنقاش .

الساعة ١٢:٤٥ بعد الظهر الغداء .

الساعة ١:٤٥ بعد الظهر تطبيقات عملية لفرق تحسين الجودة/ حلقات الجودة الانطباع الأول . معلومات التطوير والتحسين .

الساعة ٢:٤٥ بعد الظهر التخطيط العملى لورشة العمل الثانية .

الساعة ٣:٣٠ بعد الظهرتناول الشاى ونهاية ورشة العمل .

ورشة العمل الثانية - اليوم الثالث :

الساعة ١٠ صباحاً قهوة / تغذية مرتدة حول تجربة فرق تحسين الجودة / وحلقات الجودة .

الساعة ١١ صباحًا المشكلات التى تم تحديدها فى نطاق كل خدمة .

الساعة ١٢ ظهرًا جمع البيانات (الجزء الثانى) : المهارات والوسائل الأخرى المتقدمة .

الساعة ١٢:٤٥ بعد الظهر الغداء .

الساعة ١:٤٥ بعد الظهر فرق تحسين الجودة - (الجزء الثانى) : العلاقات المتبادلة بين أعضاء الفريق .

الساعة ٢:٣٠ بعد الظهر فوائد فرق تحسين الجودة / وحلقات الجودة .

الساعة ٣:١٥ بعد الظهر ما هى الخطوات التالية / مزايا التدريب الإضافى .

الساعة ٣:٣٠ بعد الظهر تناول الشاى .

الساعة ٣:٤٥ بعد الظهر التقييم ونهاية ورشة العمل .

٧- آليات الاتصال :

هذا الموضوع مثير للاهتمام . أولاً من الذى ينشئ فرق تحسين الجودة ؟ بعض الأحيان تقوم هذه الفرق بصورة مفاجئة أو غير مرئية ، مثلاً على المستوى العملياتى قد تبرز حاجة تتم مقابلتها عن طريق العاملين على هذا المستوى . ولكن هذه الفرق بصورة عامة تكون جزءًا من عمل على مستوى الوحدة ، ويتولى إدارتها المشرفون الأعلون على إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة . وهذا يتضح من الكلمة "تحت المراقبة" كما هو الحال فى النسخة المعدلة التى تعنى أن نتائج هذا التعديل يجب أن يتم إبلاغها أو توصيلها بصورة ما/وليس عكسها مرة أخرى للمديرين التنفيذيين . واعتماداً على ما يحسون به من قوة يمارسونها على هذه النتائج (الحقيقية منها أو المخططة) يجب ألا يتم التركيز عليها ، وبذات القدر فإنه إذا كان التعديل فاعلاً ؛ فعلى المديرين عدم ممارسة الرقابة سواء كانت جزئية أو غير ذلك .

٨- التغلب على (أو مواجهة) الصعاب :

إن أبرز المعوقات التى تواجه فرق تحسين الجودة تتلخص فى التالى :

- عدم توفر الوقت الكافى للاجتماعات : وهذه مشكلة حقيقية للعاملين المشغولين ، كما تمثل ممانعة غير إرادية حتى فى أوساط المتطوعين والناشطين من العاملين . إن بعض الحلول للتغلب على هذه العقبة قد يكون فى عقد اجتماعات قصيرة لمدة ساعة بدلاً من اجتماعات مطولة يضيع بينها زمن طويل .

- العضوية ومنهم مجموعات العاملين : لقد لوحظ أن عضوية فرق تحسين الجودة يمكنها أن تعكس بعض مشاكل العاملين الدائمة . مثلاً غياب مدخلات العاملين فى المجال الطبى والخدمات المساندة . ومن المهم استخدام طريقة فرق تحسين الجودة لضم هذه المجموعات المبعدة ، حتى ولو للاجتماعات العملية أو عند مناقشة مواضيع تهمهم .

- أسلوب استعمال مفردات " نحن " و " هم " فى اللغة : من الاختبارات الشخصية لمعرفة شمولية تضامن فريق تحسين الجودة ومعرفة مدى استخدام أفراد الفريق لمفردات مثل "هم" فى النقاش . وهذا يدل ، ضمنًا ، على حكم مسبق على مجموعتهم - التى يمكن أن توصف - لو أنهم جميعًا كذلك - بأنها مجموعة غير مفيدة وغير جديرة مطلقًا . وهذا التوجه يعوق النقاش المخلص الأمين للمشكلات ، كما يعرقل الاتصالات بين الأفراد .

- غياب التوجه العملى : إن المقابل للانحياز نحو التوجه العملى الذى تكرر الحديث عنه يمكن أن يعوق أداء فرق تحسين الجودة والمجموعات الأخرى أيضًا . إن بعض المشروعات المثيرة (مثل إدارة الجودة الشاملة وفرق تحسين الجودة) يمكن أن تتحول إلى عمليات لا تنتهى دون أن تحقق الأهداف المرجوة . ولا بد من إيجاد موازنة بين النتائج السطحية قصيرة المدى والنتائج العميقة طويلة المدى .

- الاتصالات الضعيفة : إن الأفكار والآراء الهدامة والتعطيل وحتى الوقاحة يمكن أن تؤثر فى أحسن العاملين ؛ فيجب الحذر من كل هذا .

- أسلوب الإدارة العليا : آخذين فى الاعتبار أهمية فرق تحسين الجودة ، فلن يكون مثيراً للدهشة أن يكون من أوائل المعوقات التى يتوقع حدوثها متعلقة بالقلق والصعوبة فى تقبل المديرين التنفيذيين لسلطة فرق تحسين الجودة حول مشاكل ترتبط بالتعقيدات التى شغلت المديرين فى السابق .

إن إحدى مهيئات أو منسقات فريق تحسين الجودة ذهبت لمديرها وطرحت الحل رقم ١ ؛ حيث قابل المدير طرحها بقوله " آه . لقد حاولنا ذلك من قبل / لست متأكداً إذا كان هذا الحل سينجح ../ رجاءً ، عودى وحاولى البحث عن بدائل أخرى ". ولم تكن هذه الاستجابة مشجعة .

إن أسلوب الإدارة العليا ينبغى أن يعزز نشاط فرق تحسين الجودة ومجهوداتها. إن الحلول ذات النسب (٤٠/٦٠) تعتبر جزءاً من العملية المستمرة للبناء ؛ بهدف تفويض الفريق الصلاحيات المناسبة للمسؤوليات المنوطة به .

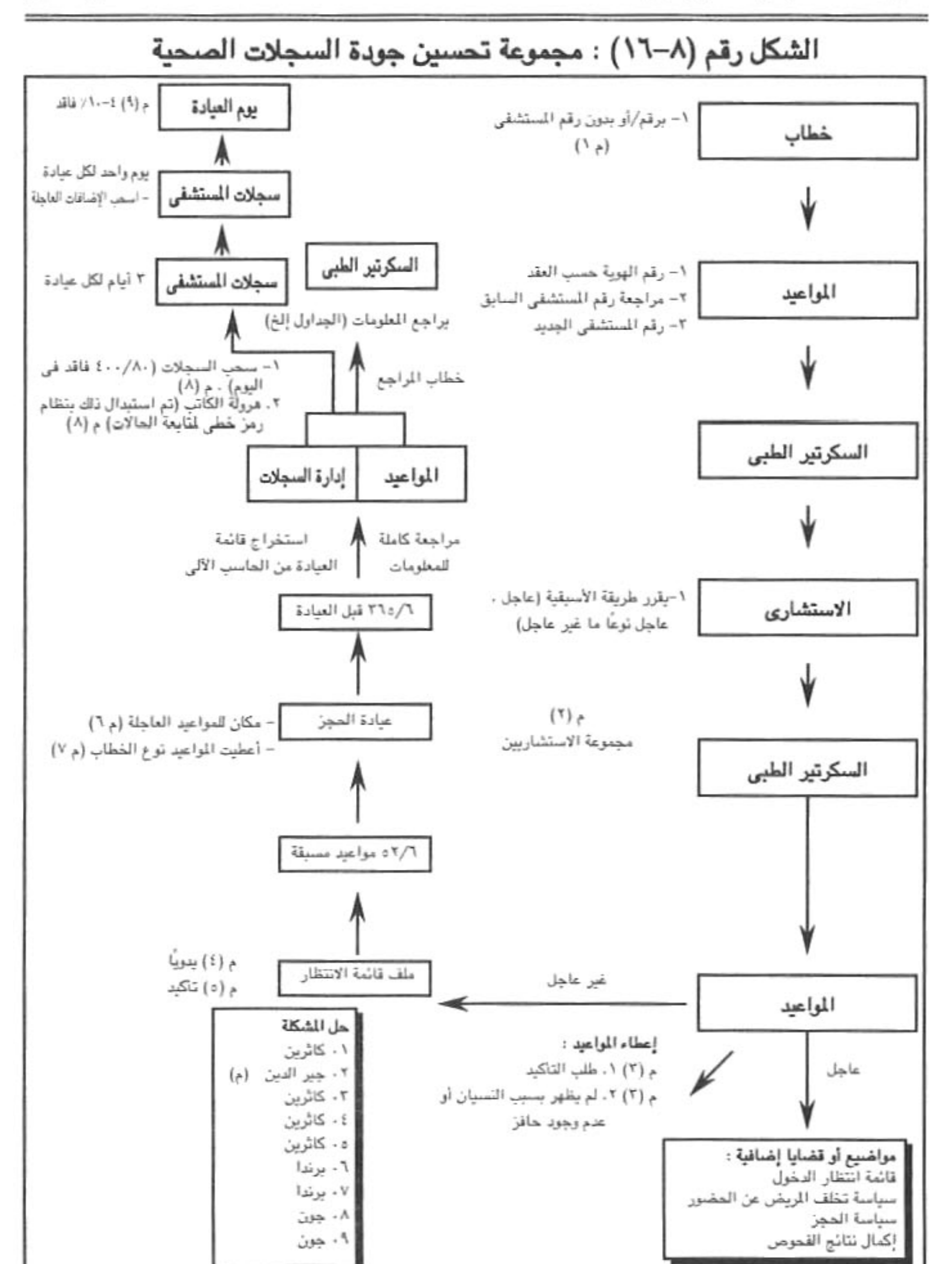
أمثلة عملية حول نشاط فريق تحسين الجودة :

كنتيجة للخبرات التى تراكمت لدى العديد من الوحدات فى إنشاء فرق تحسين الجودة ودعمها ؛ يمكن استنباط العديد من الأمثلة حول أنشطة الجودة التى نوردها فيما يلى مع بعض الإيضاحات :

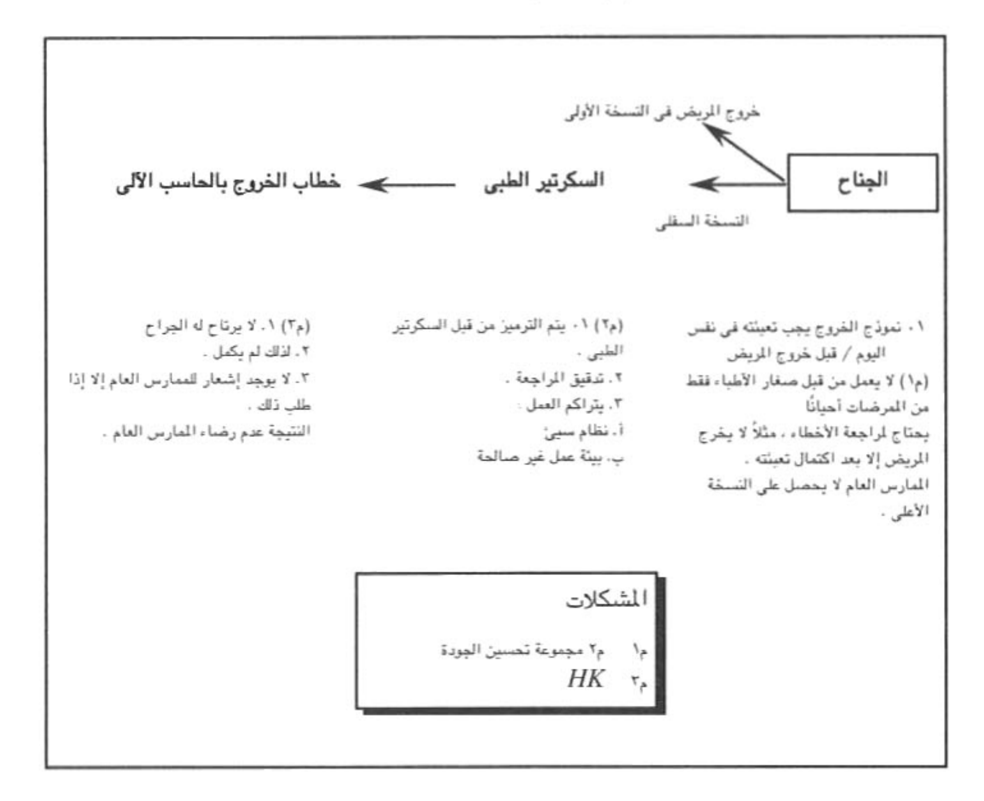
١- مجموعة تحسين جودة السجلات الصحية :

تضم هذه المجموعة عاملين فى المستوى الوظيفى المتوسط من الأقسام الأربعة التى تتشكل منها وحدة السجلات الصحية . ومن هؤلاء : السكرتير الطبى ، وكاتب الجناح ، وكاتب مكتب المواعيد ، وأمين المكتبة الطبية ، بالإضافة إلى مدير الوحدة . وهؤلاء الأعضاء يشكلون مجموعة وليس فريقًا ، كما توحى الأحرف الأولى لكلمة فريق تحسين جودة الوحدة Q(U)IT التى تعنى ترك الأمر وعدم المثابرة والمواظبة . وقد عالجت هذه المجموعة مشكلتين معقدتين - ترميز البيانات السريرية وإدارة قائمة الانتظار ، وعملها الورقى موضح فى الشكلين (٨-١٦) و (٨-١٧) ، كما أن نشرة أخبارها التالية لاجتماعها الأول سبق إيضاحها فى الشكل (٨ - ٣) .

الشكل رقم (٨-١٦) : مجموعة تحسين جودة السجلات الصحية



الشكل رقم (٨-١٧) : ترميز البيانات السريرية



٢- مجموعة تحسين ممر المنحدر الأمامى :

نتيجة لشكاوى عديدة من المسؤولين فى أحد المستشفيات العامة المركزية الكبيرة بالمدن حول ترتيب ومظهر (وليس نظافة) الممر الرئيسى (الشريانى) : تم تكوين مجموعة مؤقتة لتحسين الجودة ، ومذكرات أحد اجتماعاتها موضحة فى التالى . بعد ثلاثة اجتماعات فإن الثلاث والعشرين مشكلة التى حددت قد تم حلها إلى حد كبير ، وأصبحت مجموعة تحسين الجودة بلا عمل ! (طبعًا كمجموعة تحسين الجودة) .

ممر المنحدر الأمامي (أسفل - أعلى)

ملاحظات / اقتراحات للتحسين

عدد المداخل – ١٩ عدد لوحات الإعلانات – ١٤

– الأقسام (الإدارات) / الأشخاص المكلفون بلوحات الإعلانات عموماً عددهم كبير جداً . اللوحات مثقبة وبحالة خربة جداً – هل تعّد اللوحات المغطاة بالخيش تحسيناً ؟

– السقف غير مستوٍ . الدهان يتقشر وبه شقوق . مادة أرتكس " Artex " قد تبدو أجمل .

– الحيطان – الدهان مشوه وخصوصاً أسفل الزوايا . ويبدو سيئاً خصوصاً الدهان ذا اللون البنى الذى يشكل إزار الحيطان . الإزار المطاطى فى الأماكن الأخرى يبدو – بالطبع – أفضل بكثير .

– الغطاء البلاستيكى غير موجود فى أحد علب التوصيلات الكهربائية . تحتوى العلبة على العديد من الأسلاك ، غير منظمة ، خطرة ، خارج قاعة الأمراض العصبية أيضاً .

– النوافذ كثير منها محطم ، أدوات تثبيتها ومقابضها إما محنية أو مكسورة . نوافذ الجناح بها آثار شريط لحام شفاف .

– آثار كفرات على الأرضية ، مشمع الأرضية ألوانه متعددة وغير متناسقة فى بعض الأماكن .

– فتحات غطاء الأسلاك الكهربائية فى الحيطان مهترئة ودهانها سيىء جداً .

– الأبواب لونها أرجوانى – أووه ! ألوان الأبواب مختلفة . لا يوجد تنسيق فى الألوان .

– أنابيب غاز موضوعة فى صناديق خشبية خارج قاعة الأمراض العصبية – مخاطر صحية ومن ناحية السلامة تحتاج إلى أداة إغلاق أو تخزين فى منطقة القاعة .

– إطار خرطوم إطفاء الحريق بحالة سيئة جداً – إعادة طلاء أو بناء مناسب حوله .

- النوافذ متسخة بالقرب من المنظار الداخلى (لا يوجد مدخل للتنظيف) نافذة محطمة فى الجناح ٦ المقابل .

- العلامات التى توضح المواقع حاليًا من شرائح لونها برتقالى صارخ . هل يمكن الحصول على علامات ملائمة ؟

- علبة أسلاك كهربائية غير مغطاة أخرى بالقرب من قسم التخدير .

- الأبواب المطاطية بحالة وضيعة جداً .

- أبواب معدنية قديمة جداً فى بعض الأجنحة ، طراز قديم غير جذاب .

- فجوة فى جدار الغرفة - كنبات خشبية يمكن تحسينها . منافض السجائر قديمة جداً وبالية . آلة حلوى " كيت كات " هل ما زالت مستخدمة ؟ تبدو قديمة جداً وغير مستخدمة .

- الحيطان والأبواب قرب محل بيع الصحف والمجلات متسخة جدًا .

- الأبواب الموحدة ومقابضها الموحدة كذلك فى كل الممر من شأنها تحسين المنظر العام للممر .

- الممر الموصل الأعلى - الخرسانة مشققة وآثار ملصقات على الزجاج .

- فجوة عليا فى جدار الغرفة - هل جهاز الهاتف مستخدم ؟ إذا كان غير مستخدم ؛ فالمطلوب إزاحته من مكانه .

- أغطية مجارى التصريف ، بعضها لا يعمل ، قطع معادن ، ما حولها متسخ ، وهى عمومًا غير مرتبة .

مذكرات اجتماع مجموعة تحسين الممر الأمامى المنحدر

الحاضرون : مديرة التمريض　　مدير الخدمات الفندقية

مدير الخدمات المساندة　　استشارى الإدارة

غرض المجموعة : النظر فى الانطباع العام الذى يحدثه الممر من حيث : الديكور ، البنية ، مستوى الصيانة ، نقطة جمع أكياس النفايات ، وتحديد طرق التحسينات الواجب عملها .

هذا ، وقد استخدمت قائمة ملاحظات المسؤولين كأساس للمناقشة .

(١) الممر من حيث كونه نقطة لتجميع أكياس النفايات :

حدد ذلك كموضوع جوهرى ينبغى التصدى له . وقد تم النظر فى العديد من البدائل :

- حاويات خارج الجناح فى الممر .
- حاويات خارج الجناح فى منطقة بين كل جناح وآخر .
- المزيد من التوفيق بين زمن وضع الأكياس خارجًا لجمعها وزمن جمعها .
- عدد مرات الجمع .
- إعادة إدخال الشاحنات الكهربائية فى الممر .
- الاحتفاظ بأقفاص خارج أى جناح .
- المناولة الآلية .

تم الاتفاق على بحث فكرة وضع حاويات كبيرة بين كل ٢ أو ٣ أجنحة . وأن يحدد مدير الخدمات الفندقية العدد المطلوب والمواقع . إضافة إلى قيام مديرة التمريض بالحصول على تكلفة الحاويات والتكلفة المرتبطة بحاويات النظافة .

(٢) الديكور :

تم تكليف فريق فنى خاص لتقديم مقترحات لتحسين ديكور الممر . وهذا مايزال فى الانتظار .

وقد اتفق أن تكون الترتيبات الحالية لإعادة الديكور على أساس مجزأ . وفى الحقيقة لا توجد اعتمادات لإعادة ديكور الممر فى برنامج السنة المالية الجارية . وتبلغ إجمالى تكلفة تحسين ديكور الممر ١٦٠٠٠ جنيه .

(٣) الأرضية :

يستبدل غطاء الأرضية عندما يمكن تأمين التمويل اللازم وبالارتباط مع أعمال أخرى يتم تنفيذها فى الممر . وقد تم استبدال خمسة وسبعين متراً من غطاء أرضية الممر . وبقى (٢٢٥) متراً بحاجة إلى استبدال . عموماً الأرضية ليست فى حال سيئة .

(٤) استبدال النوافذ :

تجرى مديرة التمريض الترتيبات اللازمة مع مقاول لتقييم الحاجة لإصلاح / استبدال النوافذ فى الممر لتوفير أسباب السلامة .

(٥) زوائد الأسلاك الكهربائية :

على مديرة التمريض تقييم إزالتها / تشذيبها لتكون ملائمة .

(٦) حاويات الأوساخ/منافض السجائر :

يدرس مدير الخدمات الفندقية توفيرها ، ويحدد العدد المطلوب منها ، ومواقعها وتكلفتها.

(٧) النوافذ بالقرب من المنظار الداخلى ، والتى لا يمكن تنظيفها يتم إغلاقها بالطوب والأسمنت . وقد عهد إلى مديرة التمريض لتتولى هذه المهمة .

(٨) الإطارات (البراويز) حول خراطيم الإطفاء يتم إزالتها حالما يتأكد قرار عدم السماح للشاحنات الكهربائية بدخول الممر .

(٩) بعض الأبواب المطاطية يتم استبدالها خلال برنامج أعمال السنة المالية الحالية .

(١٠) العلامات التى توضح المواقع يتم استبدالها بعلامات ملونة حسب المواصفات البريطانية .

(١١) استبدال أغطية المجارى يتم على أسس مستمرة .

(١٢) آلة البيع أعلى الممر يتم دراسة أمرها مع (WRVS) .

عند إجراء التحسينات فى مختلف المجالات فى الممر ، يصبح من المهم إطلاع العاملين عليها . نشرة أخبار المستشفى تعتبر وسيلة مناسبة لذلك . الاجتماع القادم للمجموعة سيعقد فى :

٣- تكامل فرق تحسين الجودة بوحدات الرعاية الصحية فى مجتمع " أيلسبرى Aylesbury" مع هيئة نظام الخدمة الصحية الوطنية :

نتيجة لتضمين أعمال فرق تحسين الجودة مع هيئة نظام الخدمة الصحية الوطنية المنوط بها وضع إستراتيجية إدارة الجودة ؛ تم تكوين عدد من فرق تحسين الجودة وجرى تدريب أعضائها على فنون عمل فرق تحسين الجودة - على الأقل فريق واحد فى كل مجال مما يأتى :

إعادة التأهيل البدنى .

العناية بالآلام وتخفيفها .

الصحة العقلية للبالغين .

الصحة العقلية للمسنين .

خدمات المجتمع العامة (تشمل مستشفى المجتمع) .

إعاقات التعلم .

ويوضح الشكل (٨- ١٨) سير عمل فريق تحسين الجودة . كما يوضح الشكلان (٨-١٩) و (٨-٢٠) نشرة تعريف المريض الجديد بالمستشفى التى تم توضيحها من قبل عند الحديث عن مشروع مستشفى المجتمع . وقد تم استخدامها فيما بعد كنموذج لكل فرق تحسين الجودة الأخرى لعمل نشراتهم التعريفية الخاصة بهم .

الشكل رقم (٨ – ١٨) : سير عمل الفريق

سير فرق تحسين الجودة – يونيو ١٩٩٢م

	الرعاية الأولية	احتواء التكاليف	إعادة التأهيل البدنى	إعاقات التعلم	المستشفى	المجتمع العام	الصحة العقلية للبالغين	الصحة العقلية للمسنين
المشروع	جزء من الاجتماع التشغيلى . الاجتماعات الشهرية المنتظمة .	إعادة تكوين الفريق . إمكانية عمل مجموعات فرعية . مشاركة المجلس الإقليمى . اجتماعات كل أسبوعين . أعطيت الميزانية .	الاجتماعات الشهرية المنتظمة	الاجتماعات الشهرية المنتظمة	الاجتماعات الشهرية المنتظمة	الاجتماعات الشهرية المنتظمة	اجتماعات منتظمة كل أسبوعين	الاجتماعات الشهرية المنتظمة
الأعمال أو الأنشطة	١. برنامج تدريب المتطوعين فى مجال الاستقبال والمسئولية أمام منسق خدمات المتطوعين . ٢. الاتصال والتنسيق مع المنفذين . ٣. مراجعة توثيق تقييم خطط الرعاية .	١. تقييم تكلفة الجودة للتغيرات البيئية . ٢. عمل الاتصالات بشأن التسوير . ٣. بطاقات الأسماء . ٤. نشرات للأقارب عن الوصول للخدمة . ٥. تشجيع وتأكيد الجودة فى الأعمال الرأسمالية الإقليمية وخدمات ملكية الأراضى والعقارات .	١. عمل مسح لخدمات الإعاشة وإجراء تحسينات عليها (إعادة المسح خلال ٣ شهور) . ٢. مراجعة الاتصالات . ٣. مراجعة بطاقات الأسماء ولوحات الصور . ٤. مكان الاستقبال، التكلفة وإعلان وظيفة موظف الاستقبال .	١. تحسين الاتصالات بشأن تحسين الجودة فى الخدمة . ٢. تحديد المشاكل مع العاملين . ٣. مراجعة التحسينات البيئية . ٤. سير العمل فى البطاقات ولوحة الصور . ٥. تنسيق معلومات الإجازة السنوية . ٦. تطوير الشعار . ٧. لوحة الأخبار . ٨. مجموعات عمل الجناح أو القسم .	١. اكتمال نشرة العيادات الخارجية . ٢. تحضير نشرة الإصابات . ٣. تحضير نشرة الجناح . ٤. مراجعة تغيير الإشعارات التى تعقب الانطباعات الأولية . ٥. إعادة تأسيس هاتف المرضى . ٦. مراجعة الترتيبات الأمنية .	١. إجراء مسح لمواقف السيارات . ٢. تقدم غرفة العاملين . ٣. لوحة إعلانات الاستقبال والمعلومات . ٤. ملصق فريق تحسين الجودة . ٥. موضوع نموذج الإحالة . ٦. الوصول لخدمات الكرسى المتحرك . ٧. ملزمة أو صورة الخدمات للمسؤولين .	١. عمل مسح لمدى رضاء الفريق . ٢. لوحة معلومات فى وحدة الاستقبال (ت) . ٣. عمل منافسة "للأفكار الرائعة" . ٤. عمل نشرة معلومات .	١. حضور المرضى أثناء المرور على الجناح . ٢. نشرة الأخبار الداخلية . ٣. آلة بيع مشروبات أو مأكولات للعاملين . ٤. غرفة استراحة العاملين . ٥. كتيب معلومات المرضى .
مشاركة العميل	النظر فى مشاركة نسبية .	دراسة مشاركة العملاء و/أو مجموعة المحامين .	مساهمة منتظمة من المستخدم	مساهمة منتظمة من المستخدم	مشاركة العميل .	مشاركة العميل تحتاج إلى براعة فى مخاطبته	قيد النظر	قيد النظر

الشكل رقم (٨ – ١٩) : النشرة التعريفية لمستشفى "باكينغهام"

هيئة أو مجلس مجتمع "أيلسبرى" للرعاية الصحية

نظام الخدمة الصحية الوطنية

مستشفى "باكينغهام"

هاى ستريت ، باكينغهام م ك ١١٨ ن يو

هاتف : ٠٢٨٠٨١٣٢٤٣



نعمل معًا

من أجل الصحة

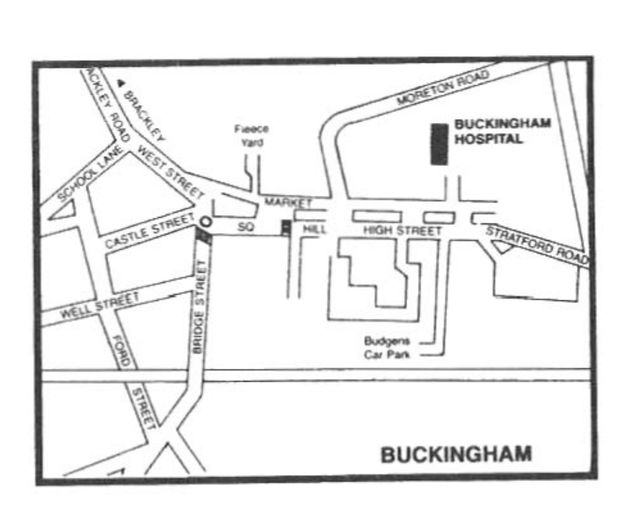
الأشعة	٨٢٣٩٨٣	٠٢٨٠
العلاج المهنى (الوظيفة)	٨٢٢٦٣٤	٠٢٨٠
علاج النطق	٨١٢٦٦٢	٠٢٨٠
الأسنان	٨١٣٠٢٣	٠٢٨٠
العلاج الطبيعى	٨١٢٣٤٢	٠٢٨٠
وحدة "جون هامبدن John Hampden"	٨١٣٠٦٢	٠٢٨٠

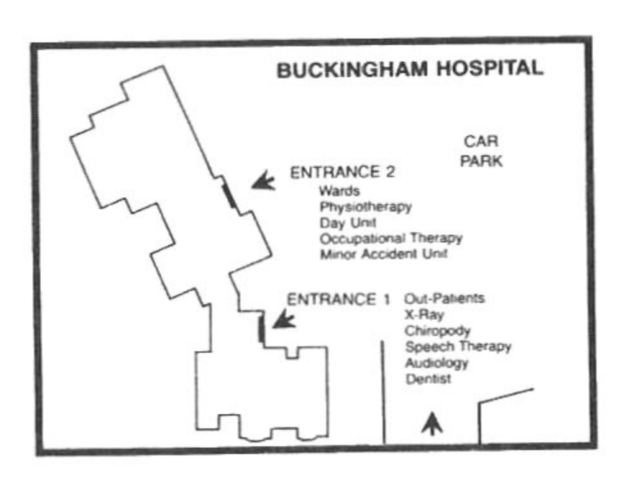
وحدة الاستقبال	من ٩ صباحًا إلى ٥ مساء
العيادات الخارجية	من ٩ صباحًا إلى ٥ مساء
زيادة المرضى :	الفترة الأولى من ٢–٤ من بعد الظهر
	الفترة الثانية من ٧– ٣٠ : ٨ مساء

وحدة استقبال الحوادث البسيطة مفتوحة على مدار ٢٤ الساعة

يوجد طبيب تحت الطلب للحوادث الصغيرة فى جميع الأوقات

تابع – الشكل رقم (٨ – ١٩) : النشرة التعريفية لمستشفى "باكينغهام"





الشكل رقم (٨-٢٠)

مرحبًا بكم فى مستشفى "باكينغهام Buckingham"

يقدم المستشفى خدمات التنويم للمرضى المحولين من الممارسين العامين "بمنطقة باكينغهام" . كما يقدم خدمات العيادات الخارجية لأفراد المجتمع المحلى .

ويسعد العامل الإجابة عن أى استفسارات .

العاملون بالمستشفى :

جميع العاملين بالمستشفى يحملون بطاقات تعريف .

تسهيلات مواقف السيارات :

يرجى من الزوار والمرضى استخدام مواقف السيارات المتوفرة . ومن الضرورى ترك المساحات المخصصة للإسعاف والأطباء .

الهاتف العمومى :

يوجد هاتف عمومى فى مدخل العلاج الطبيعى .

الأموال والأشياء الثمينة :

لا تتحمل هيئة مجتمع " أيلسبرى Aylesbury" للرعاية الصحية (التابع لنظام الخدمة الصحية الوطنية) مسؤولية فقدان أو تلف الممتلكات الشخصية التى تترك فى مبانى المستشفى .

المواصلات العامة :

موقف الحافلات على مقربة من المستشفى .

الحرائق والسلامة :

نطلب مساعدة الزوار والمرضى لضمان اتباع الاحتياطات ضد الحريق بالمستشفى .

السياسات المتعلقة بالتدخين :

التشجيع على التدخين لا ينسجم مع بيئة المستشفى . ومع ذلك فإن المرضى المنومين الذين يرغبون فى التدخين يمكنهم استعمال غرفة صغيرة واحدة .

رابطة أصدقاء مستشفى باكينغهام :

يمكن الحصول على المعلومات بشأن الانضمام لرابطة الأصدقاء والمتبرعين عن طريق الاتصال بالمستشفى .

الاقتراحات/الملاحظات/الشكاوى :

إذا كان لديك اقتراحات ، أو ملاحظات أو شكاوى ، يرجى الاتصال بالمرضة المسؤولة بالمستشفى على الهاتف (٠٢٨٠٨١٣٢٤٣) .

** وبدلاً من ذلك فإن مجلس صحة المجتمع يسعده تقديم النصائح والمعلومات على الهاتف (٠٢٩٦٨٣٢٢٢) .

٤- فريق تحسين الجودة لوحدة الحوادث والطوارئ :

يتطابق إحداث فريق لتحسين الجودة فى وحدة الحوداث والطوارئ مع تطوير إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة ، وإعطاء اهتمام خاص لفرق تحسين الجودة فى وحدة الحوادث والطوارئ . وقد حدد الفريق المُكوَّن لهذه الوحدة فى بداية عمله عدداً من المشكلات كما هو موضح فى الشكل رقم (٨-٢١) كما يظهر الشكل (٨-٢٢) النتائج التى أسفر عنها الاجتماع الثانى لهذا الفريق .

الشكل رقم (٨-٢١) : المشكلات التى حددها فريق تحسين الجودة لوحدة الحوادث والطوارئ

القضايا / المشكلات التى حددت :

١- فرز الإصابات حسب شدتها (أول يونيو) .

٢- التركيز على انسيابية الحركة فى المدخل الرئيسى للحوادث والطوارئ .

٣- إمكانية الدخول لخدمة الحوادث الأولية فى وحدة الحوادث والطوارئ (مثلاً : عيادة الكسور) .

٤- التركيز على الازدحام فى المدخل الرئيسى للحوادث والطوارئ .

٥- مخاطبة المرضى .

٦- مخاطبة الجمهور .

٧- جمع ومتابعة المعلومات :

أ - أوقات الانتظار (النظر فيها وتقييمها) .

ب - رضاء المريض عن الخدمة .

٨- تدريب عاملى الحوادث والطوارئ على مجال إدارة الجودة .

٩- تطوير مقاييس وضوابط مكتوبة مع ضمان الإشارة إلى حقوق ملكيتها الفكرية .

١٠- تدريب العاملين على تقييم فرز المرضى ومتابعة تدفقهم إلى وحدة الحوادث والطوارئ .

١١- وجود نماذج مختلفة للرعاية تشمل المرضات الممارسات (أى من ذوات الكفاءة المتميزة) .

١٢- مدى كفاية / انتشار أعضاء الهيئة الطبية فى الوحدة .

١٣- تعليم صغار أعضاء الهيئة الطبية فى الوحدة .

١٤- دراسة موضوع استطلاع آراء المرضى عن مستوى الخدمات المقدمة (أى عن طريق التغذية المرتدة) ، مثل آرائهم عن موقف السيارات .

الشكل رقم (٨ – ٢٢) النتائج التى أسفر عنها الاجتماع الثانى لفريق تحسين الجودة الخاص بوحدة الحوادث والطوارئ

مجموعة تحسين الجودة بوحدة الحوادث والطوارئ

الحاضرون : الاستشارى — فنى الضماد والتجبيس أو التجبير
كبيرة المرضات — مهيئ أو مسهل أو منسق الجودة
السكرتيرة — مدير أعمال
السجلات الطبية

١– تم تقديم نظرة عامة موجزة من قبل مسهل الجودة عن غرض تكوين مجموعة تحسين الجودة ومكافأة المجموعة .	
٢– تم تناول العضوية بمزيد من النقاش واقترح ضم متطوعين : ممرضة تحت التمرين وآخر من وحدة نقل المرضى . كبيرة المرضات .	كبيرة المرضات
٣– قدمت كبيرة المرضات تقريراً عن تطبيق نظام فرز المرضى : كبيرة المرضات الوحدة لم تستلم – بعد لم يتم تعيين كل العاملين – لم يحدد تاريخ لبدء العمل – تم توزيع العديد من صفحات التوثيق . تصنيف أولوية التوثيق ستخضع لمزيد من النقاش خارج اجتماع المجموعة .	كبيرة المرضات
٤– تدريب العاملين – اقترح تقديم تدريب قصير وحديث عن نظام فرز حالات المرضى للعاملين من ذوى الخبرة ليعملوا فيما بعد كمرشدين لتطبيق نظام الفرز . إضافة إلى اقتراح عمل تدريب معمق للعاملين الجدد .	كبيرة المرضات الاستشارى
٥– أعاد فنى التجصيص تنظيم غرفة الجص ومكان الانتظار : مما جعل كل المنطقة أكثر راحة وأنساً . توسيع المبادرة لتشمل غرفة الانتظار الرئيسية . المدارس المحلية تقدم الأعمال الفنية اللازمة	الاستشارى / مسهل الجودة
٦– الاستشارى – هاتف استعلامات الحوادث والطوارئ للمساعدة ، مثلاً : هل زيارة الحوادث والطوارئ ضرورية ؟ أرقام المساعدة المحلية ، ... إلخ . تحتاج إلى خط هاتفى خاص ربما تحت الإشراف. انتهى الاجتماع .	مسهل الجودة
٧– تاريخ وزمن الاجتماع القادم .	

ملحقان :

تحدث أشياء متنوعة ومثيرة للاهتمام فى أى مجموعة ليس أقلها فريق تحسين الجودة ! فقد حدث مثلان مسليان وجديان فى نفس الوقت . والمشتركون إذا قرأوا هذا يعرفون أنفسهم لكن لا أحد غيرهم يستطيع !!

(أ) المحتوى : الصحة العقلية لكبار السن – المسألة الدقيقة للجولات فى أجنحة المستشفى :

كل أسبوع لدينا مرور على الجناح يبدأ متأخرًا ؛ نظرًا لاضطرارنا لانتظار وصول استشارى الأمراض النفسية دكتور " جونز Jones" . ويشترك فى هذه الجولة الأطباء والممرضات والمساعدون الطبيون . وهى فرصة للاستشارى ، كما يقول ، لمقابلة كل مريض لمدة خمس/عشر دقائق . وهى الفترة الوحيدة التى يراهم فيها .

وهى مسألة حساسة نوعًا ما ، وقد بدأنا تدريجيًا فى الإحاطة بها وإدراكها :

مسهل عمل فريق تحسين الجودة : هل من المناسب رؤية المرضى فى جولة كهذه ؟ (الإجابة : لا) .

هل من المناسب أن تؤكد الممرضات على هذا الأسلوب ؟ (الإجابة : لا) .

مديرة خدمات التمريض : هل تريدنى أن أتحدث مع الاستشارى ؟ (الإجابة : نعم ، فضلاً) .

مسهل عمل فريق تحسين الجودة : قف – ألا تريدون (الفريق) مزيداً من الوقت لحل المسألة بأنفسكم ؟ (الإجابة : نعم – أعطنا أسبوعين وسنعالج المشكلة) .

بعد أسبوعين المشكلة حلت !!

(ب) فريق تحسين الجودة فى مستشفى يتعامل مع الحالات الخطيرة :

العضوية : طبيب ، ممرضة ، مديرة التمريض ، مدير خدمات المساندة ، مسهل الجودة ، مدير أعمال ، مستشار الإدارة الخارجى .

الاجتماع الأول : الكل يخاطبون بعضهم بعضًا بالاسم الأول ما عدا الاستشارى الذى ينادونه بالدكتور " س " . وعندما أبدى كل من مستشار الإدارة (ينادى باسمه الأول أيضًا) ومديرة التمريض والاستشارى ملاحظاتهم تم الاتفاق على أنه من الملائم مناداة الاستشارى "بالدكتور" .

قدرة الفريق على أن يكونوا : منفتحين .

أمناء (صادقين) .

مجادلين .

يعبرون عن أفكارهم . وقد تم إثارة ذلك ومناقشته .

بعد اجتماعين أصبح الكل ينادى بالاسم الأول .

الفصل التاسع

تلبية احتياجات العميل ومتطلباته

"ينبغى أن تفكر فى عملائك كشركاء لك ، أو على نحو أفضل كعائلتك"

" فيكتور كيام Victor Kiam" ، الرئيس والمدير التنفيذى لشركة منتجات "رمينجتون Remington" .

مقدمة :

عند التجوال فى أى منظمة وطنية رئيسية ناجحة سواء انتمت لقطاع الصناعة أو لقطاع الخدمات ، يقابل المرء عادة ، وبصورة مباشرة ، عدة دلالات أو مؤشرات متنوعة ، تشير إلى مدى أهميته كعميل فيها . ويلاحظ هذا الأسلوب أو الأثر بشكل رئيسى عند زيارة كل من شركة (فيرجينز Virgins airlines) للخطوط الجوية ، أو مرآب أو أماكن إصلاح سيارات (مرسيدس بنز Mercedes Benz Garages) ، أو محلات (ماركس وسبنسرز Marks and Spencers) وهذا الانطباع قد يصح أيضًا ، وبصورة مطردة فى أقسام عديدة من نظام الخدمة الصحية الوطنية فى بريطانيا. من هذا المنطلق ، يمكننا التساؤل عن ماهية المقومات الرئيسية التى ينبغى توافرها لتقديم خدمة جيدة للعميل فى وحدات الرعاية الصحية (رينولدس Reynolds) ١٩٩١م ، ويمكن تلخيص هذه المقومات فى الآتى :

١- تعريف واضح للعميل :

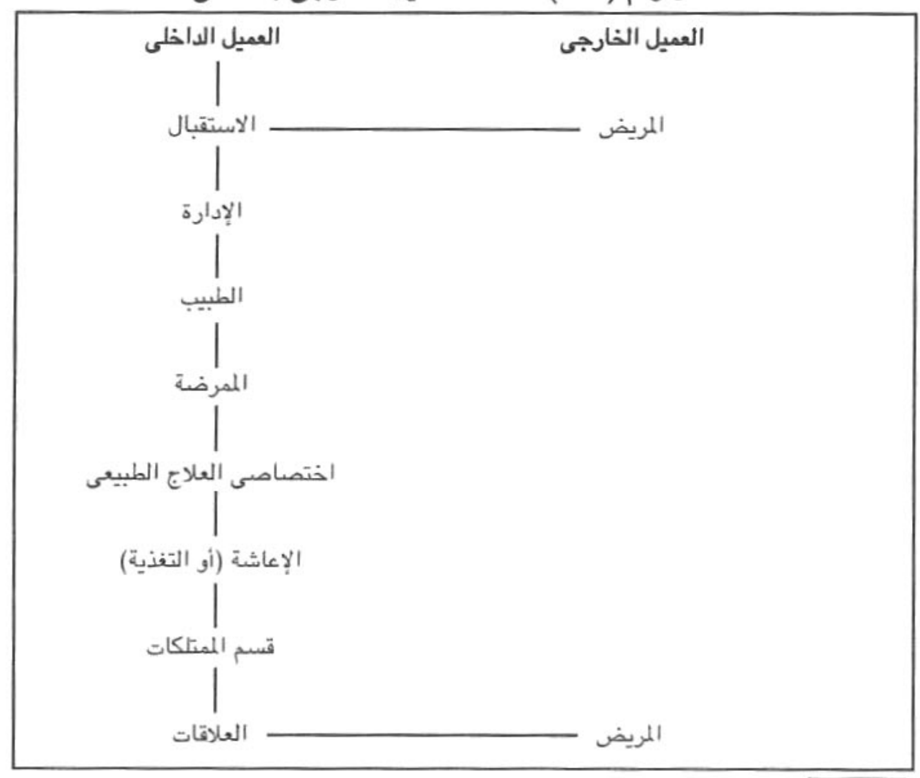
من الصعوبة بمكان تقديم الخدمة للعميل بشكلها الصحيح من المرة الأولى ، ما لم يكن المرء عالمًا بالشخص أو الفئات التى ستقدم لهم الخدمة أصلاً . وفى مجال نظام الخدمة الصحية الوطنية ، ينبغى أن تتعامل وحدة الرعاية الصحية مع مفهوم العميل ذى الصور المتعددة ، حيث يكون عملاؤها فى الغالب هم :

- المرضى الحاليين والمرضى المحتملين مستقبلاً .

- الأقارب والزوار .
- السلطات المشترية .
- عملاء الأطباء الممارسين العامين - المخصص لهم اعتمادات مالية أو غير المخصص لهم ذلك .
- شركات وإدارات أخرى .
- العاملين بوحدة الرعاية الصحية نفسها .

فيما يتعلق بالمجموعتين الأولى والأخيرة من المرضى ، هناك حاجة للفهم الواضح لسلسلة العميل الخارجي والعميل الداخلي (انظر الشكل رقم ٩-١) .

الشكل رقم (٩-١) سلسلة العميل الخارجي/الداخلي



٢- تعريف خدمات العميل / سياسة الرعاية :

ضمن إطار أو هيكل بيئة تطبيق إدارة الجودة الشاملة بشكل ناجح ، تحتاج وحدة الرعاية الصحية إلى عقد العزم على تحديد مراميها وأهدافها بصورة واضحة ومحددة لتلبية احتياجات فئات عملائها المتعددين ، هذا إن لم يكن تخطى هذه الأهداف وتلك المرامى ، وذلك بإضفاء السعادة والسرور لعملائها المستفيدين من خدماتها المقدمة .

٣- تقدير احتياجات وتوقعات العميل :

يجب أن يضع كبار العاملين والمديرين والسريريين فى الوحدة الصحية أصابعهم على نبض العملاء من حيث وقوفهم على رغباتهم بصفة مستمرة ، وذلك باستقصاء مرئياتهم عن الخدمات المقدمة لهم . وبقدر ما يعتقد العاملون أنهم يقدمون خدمة جيدة ، أو على مستوى عالٍ من الجودة لعملائهم ، ينبغى أن يكون لديهم الدافع القوى لتقدير احتياجاتهم وتوقعاتهم عن الخدمة المقدمة لاستكشاف " المساحات أو الهنات الصغيرة " التى قد تؤدى لانحدارها أو تخلفها . وفى هذا المجال ، يمكن اللجوء إلى استخدام " مفهوم العملاء ذو الصور المتعددة " لتقدير احتياجات العميل وتوقعاته السالفة الإشارة إليها .

٤- إستراتيجيات التعاقد والخدمة :

قد يكون من الجدير ذكره ، أنه فى حال تم وضع مقاييس واضحة للخدمات المقدمة بهدف مراقبة ومتابعة تنفيذها للمسائل المذكورة فى الفقرات السابقة ، سوف يكون بالإمكان أن تُضمَّن هذه المقاييس – بصورة متزايدة (مستقبلاً) – عند وضع عقود الشراء .

٥- معايير قياس رضا العميل :

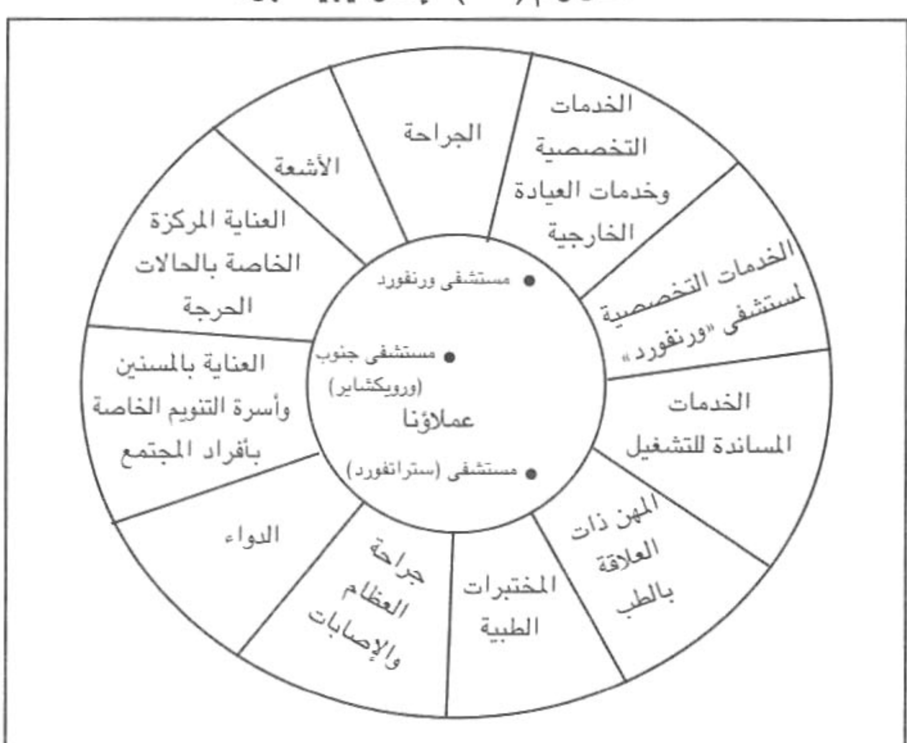
كما فى أى جزء من أسلوب إدارة الجودة الشاملة ، من المهم أن يتضمن هذا الأسلوب مقياساً أساسياً (أى ما يسمى بمقياس الخط القاعدى Baseline Measure) ، إضافة إلى مقاييس فصلية مستمرة ؛ لقياس رضا العميل حول كل خدمة رئيسية من الخدمات المقدمة ؛ إذ بدون اللجوء إلى تلك المقاييس ، فإنه حتى ولو توفرت النية الحسنة للمقوم حول جمعه المعلومات الداعمة (أو التغذية المرتدة) ذات الصلة الشخصية برضا عميله ، إلا أنه سيغلب عليها تحيزه الشخصى ، وعدم موضوعيته فى تقييمه لرضا عميله ، ولن يكون لهذه المعلومات التى سيجمعها سوى ظرفها اليومى !

ســؤال :

إلى أى مدى يوجد لدى وحدتك (للرعاية الصحية) خدمة (مستقلة) للمريض / العميل مستندة إلى المزايا الخمس المشار إليها سابقًا ؟

فى ضوء ما سبق ، ولضمان أن تفى المزايا السابقة بالجزء الكلى من إدارة الجودة الشاملة فيما يخص الاستجابة لرضا العميل ؛ فإنه من الأهمية بمكان أن يؤدى ذلك إلى رد فعل جيد لجميع عملاء الوحدة الصحية الخارجيين والداخليين . وهذا الأمر قد تم الإشارة إليه ضمن إستراتيجية الجودة المرسومة من قبل وحدة (جنوب ورويك شايرز South Warwickshire's) للرعاية الصحية والتى يوضحها الشكل رقم (٩-٢) أدناه .

الشكل رقم (٩-٢) : إستراتيجية الجودة



وقبل الاستمرار فى التحقيق أو الاستقصاء المتعمق الأكثر استجابة للعميل فى نظام الخدمة الصحية الوطنية فى بريطانيا ، يمكننا الاستفادة بصورة موجزة من بعض تجارب صناعات قطاعات الخدمات الأخرى حول جوانب الضعف أو الوهن فيها . فعلى سبيل المثال ، تشير الدراسة التى أجريت عن " مراقبة أداء قطاع (صناعة) السفر " ضمن السلسلة الأولى لدراسات " الهيئة التنفيذية لضمان جودة مركز تتابع الرحلات " ، والتى تم فيها استقصاء مرئيات (٤٠٠) مدير تنفيذى من مختلف شركات السفر فى الولايات المتحدة الأمريكية حول جوانب الضعف التى تواجه عملاءها ، تمحور الاستقصاء حول إجابة هؤلاء المديرين عن السؤال التالى : ما هى العناصر (أو العوامل) التى تعدونها أكثر أهمية عندما نأتي إلي موضوع رحلات العمل ؟ وقد تم تلخيص النتائج التى توصلت إليها هذه الدراسة فى الجدول رقم (٩-١) .

هذا ، ويُعد تحديد الثغرات أو النواقص التى يعبر عنها المسافرون عادة ضمن رحلات سفرهم ، إضافة إلى ملاحظاتهم الخاصة عن المكان الفعلى لانطلاق هذه الرحلات ، أمراً فى غاية الأهمية ، فالملاحظ أن الثغرات السلبية تظهر - عادة - فى خدمات شركات الخطوط الجوية ؛ مما يبرز اهتماماً فى قطاع السفر ، بأن تلك الشركات لا تقدم للمسافرين ما يتوقعونه منها فعلاً من خدمات ، وعلى ضوء ذلك ، يمكن الاسترشاد أو الاستنارة بالأسلوب المتبع فى قطاع السفر ؛ لتطبيقه ضمن نظام الخدمة الصحية الوطنية ، وذلك باستخدام معايير ذات صلة بهذا النظام ؛ بهدف تحديد الثغرات أو النواقص التى تعترى خدمات الرعاية الصحية المقدمة فيه ، مسترشدين فى تحديدها بواقع توقعات " مرضانا " المعقولة لها .

على صعيد آخر ، يُظهر نموذج متقدم (Progressive Model) من أجل الاستجابة لرغبات واحتياجات العميل (أو العملاء) ، كما هو مبين فى الشكل رقم (٩-٣) - التدرج فى إيراد العناصر ذات الصلة بالاستجابة للعملاء ، بدءاً من عناصر ثقافة ومواقف العملاء حول الخدمات المقدمة ، ومروراً بالإصغاء إليهم ، وانتهاءً بالعمل على الاستجابة إلى ردود فعلهم السلوكية .

الجدول رقم (٩-١) : ملخص نتائج دراسة مراقبة أداء قطاع السفر فى الولايات المتحدة الأمريكية حول جوانب الضعف التى تواجه عملاءها

أولاً - قطاع الطيران

البيان	الأهمية	الأداء	الفجوة أو النقص
الوصول فى الوقت المحدد	٨٩٪	٣٩٪	-٥٠٪
إجراءات تسجيل بيانات المسافر	٧٥٪	٥٣٪	-٢٢٪
تسليم العفش الذى تم تفتيشه	٧٥٪	٣١٪	-٤٤٪
التحديد المسبق لمقعد (أو مقاعد) الجلوس	٧٥٪	٦٥٪	-١٠٪
الاهتمام بالعميل	٧٥٪	٤٠٪	-٣٥٪
تبديل الطائرات القديمة	٧٢٪	٢٦٪	-٤٦٪
عمل جداول رحلات مناسبة	٧٠٪	٤٧٪	-٢٣٪
لا يحجز فوق مستوى المقاعد المخصصة	٦٨٪	٣٣٪	-٣٥٪
موقع جلوس مريح (أو مقاعد مريحة)	٦٧٪	٣٤٪	-٣٣٪
حجرات نظيفة وجذابة	٦٠٪	٤٩٪	١١٪
صالة أو غرفة استراحة لمواصلة الرحلة	٥٩٪	٣٣٪	-٢٦٪
خدمة ودودة وكفؤة أثناء الطيران	٥٦٪	٤٨٪	-٨٪
اتسام برنامج رحلة الطائرة بالجودة	٣٥٪	٢٣٪	-١٢٪
اتسام خدمة الطعام أثناء الطيران بالجودة	٣١٪	٢١٪	-١٠٪

تابع – الجدول رقم (٩-١)

ثانيًا – قطاع الفنادق

البيان	الأهمية	الأداء	الفجوة أو النقص
دقة حسابات الفواتير	٩١٪	٨٣٪	-٨٪
كفاءة تسجيل بيانات نزيل الفندق	٨٠٪	٥٥٪	-٢٥٪
أخذ رسائل يمكن الوثوق بصحتها فى غياب نزيل الفندق وتوافر خدمة جيدة لإيقاظه (فى حال طلبه)	٧٩٪	٧٦٪	-٣٪
الاهتمام بالعميل والعناية به	٧٧٪	٥٤٪	-٢٣٪
تسعيرة الغرفة فى الفندق ذات طبيعة تنافسية	٧٢٪	٥٢٪	-٢٠٪
رسم معقول لخدمة الهاتف فى الغرفة	٧٢٪	٣٧٪	-٣٥٪
سرعة إنهاء إجراء حساب الفندق عند المغادرة	٦٨٪	٦٣٪	-٥٪
غرف تتميز باتساعها وسحرها وجاذبيتها	٥٩٪	٥٥٪	-٤٪
خدمة فطور سريعة	٥٤٪	٤٨٪	-٦٪
توافر إضاءة جيدة ومساحة عمل فسيحة وكافية	٤٨٪	٥١٪	٣٪
توافر غرف لا يسمح فيها بالتدخين	٤٧٪	٤٩٪	٢٪
توافر برامج مستمرة للمسافرين تكون مدروسة ومتسمة بالجودة	٤١٪	٣٤٪	-٧٪
تسهيلات متعددة لوجبات العشاء وغرف الجلوس والاستراحة	٣٦٪	٥٤٪	١٨٪
خدمة الغرف الليلية	٢٤٪	٣٨٪	١٤٪

تابع – الجدول رقم (٩–١)

ثالثًا – قطاع تأجير السيارات

البيان	الأهمية	الأداء	الفجوة أو النقص
أن تكون السيارة بحالة ميكانيكية جيدة	٩٦٪	٧٥٪	-٢١٪
أن يكون حجزها وفق ترتيب منظم	٨٨٪	٧٧٪	-١١٪
أن تكون نظيفة	٧٦٪	٦٥٪	-١١٪
أن تعاد بعد استخدامها بسرعة إلى موقعها	٧١٪	٦١٪	-١٠٪
الاهتمام بالعميل والعناية به	٦٨٪	٤٧٪	-٢١٪
التقاط سريع للعملاء إلى مكان السيارة	٦٦٪	٤٧٪	-١٩٪
أن يكون مكان السيارة المراد استئجارها على بعد خطوات قصيرة	٦٠٪	٦٠٪	٠
وجود سيارات لا يسمح فيها بالتدخين	٣٠٪	١١٪	-١٩٪
وجود برنامج مستمر يتميز بالجودة	٢٤٪	٣٤٪	١٠٪
أمكنة صناعة السيارات ونماذجها (أو طرازاتها)	٢٣٪	٥٣٪	٣٠٪

ملاحظة : تشير النسب المئوية إلى أولئك المديرين التنفيذيين الذين كان تقديرهم (٨ أو ٩ أو ١٠) على أساس مقياس الأهمية النسبية من (واحد إلى عشرة) . وقد تم تدوين نتائج الدراسة الخاصة بكل قطاع من القطاعات المذكورة . وتشير الفجوة السلبية إلى أن تقديم الخدمة المعنية غير مقابل لمعيار الأهمية ، فى حين تشير الفجوة الإيجابية إلى أن تقديم الخدمة يتجاوز معيار الأهمية ، أو أن الخدمة تقدم عناصر معينة تفوق أو تتخطى المطلوب منها .

الشكل رقم (٩-٣) التجاوب مع العملاء

تنمية الوعى لدى العاملين وتحسين مواقفهم تجاه العملاء	زيادة استعداد (أو رفع جاهزية) العاملين لتمكينهم من استخلاص وجهات نظر العملاء			التجاوب مع وجهات نظر العملاء	المسئولية تجاه العملاء
	(أ) وجهات نظر المريض	(ب) وجهات نظر المشترى	(ج) وجهات نظر العاملين		

تنمية الوعى لدى العاملين وتحسين مواقفهم تجاه العملاء :

مع ازدياد المناقشة حول ما إذا كان ينبغى قياس مدى رضا العميل ، وكيف ينبغى أن يتم هذا القياس ؛ يصبح واضحاً للعديد من العاملين فى نظام الخدمة الصحية الوطنية أنه من غير المقبول أو المستساغ مساواة مفهومهم لتقدير احتياجات المريض المرتكز على خبرتهم المهنية مقارنة بوجهات نظر غير المتخصصين .

ومن الأمثلة الآخذة فى الاتضاح ، على هذا الموقف ، ما يلى :

١- **الطبيب الاستشارى :** عندما ووجِهَ بالمعلومات المرتدة من الممارس العام حول أسلوبه وأسلوب زملائه فى تقديم الخدمة ، قرر أن وجهة نظره كانت هى الأكثر أهمية ، وهى النظرة السائدة والمنتشرة إلى أقصى الحدود ، ولا تتسم بهذه السمة وجهة نظر الممارس العام ولا وجهة نظر المريض .

٢- **كاتب الجناح (فى جناح تمريض حالات جراحة العظام) :** عندما ووجِهَ بزوج المريضة يزورها فى العاشرة والنصف صباحًا ، طلب إليه ، بأدب جم ، العودة فى السادسة مساءً ؛ إذ كانت هناك ثلاث جولات فى ذلك اليوم أُعطيت أولوية قبلها !

٣- **الطبيبة النفسية :** التى أوقفت سيارتها لأجل قصير (ساعتين) أمام المستشفى لكى تحضر مؤتمرًا يستغرق النهار كله . وعندما شُجعت (وقت الغداء !) على نقل سيارتها إلى حيزٍ مجاور ، كانت لها الغَلبة فى الحجة النهائية - إذ قالت : ومن غيرها أوقف سيارته هنا ؟ إنه المدير العام للوحدة !

٤- **العميل الداخلى حساسٌ تجاه مدير الإعاشة (التموين الغذائى) :** عندما تم إمتاع هذا بطعام شهى من قبل الممرضة العضو فى حلقته المسؤولة عن الجودة ، بسبب مشكلة ظاهرة ، وتلقى خدمة سريعة فى وقت الغداء ، أشار بقوله - هل يمكن أن يتفضل الزائرون بترك طاقم العاملين يقدم إليها الطعام أولاً !! واحتمل الزوار المساكين المزيد من هذا : إذ كان عليهم أن ينتقلوا إلى الوراء بدلاً من التقدم إلى الأمام فى الطابور .

ويترتب على إدارة الجودة الشاملة أن يتم تنفيذها بطريقة يتم بها تشجيع هيئة العاملين على الانتباه إلى مواقفها الخاصة والتزامها بالجودة بوجه عام ، وإلى مقدرتها على وضع العملاء فى مكان الأولوية ، على وجه الخصوص .

العمل على زيادة استجابة الموظفين لوجهات نظر العملاء :

وجهات نظر المرضى :

عندما يلتزم المرء بالتجاوب مع العملاء بأى طريقة تسمح بها الموارد ، فإن الخطوة التالية تتمثل فى انتهاز كل فرصة معقولة لاستكشاف ما يتوقعه جميع العملاء ويتطلبونه ، ومضاهاة هذا بما يتصورون أنهم يحصلون عليه ، ومضاهاته أيضًا بما تحسب هيئة العاملين أنها تقدمه .

وقد أُبلغَ عن دراسات شتى حول التغذية المرتدة عن المريض – ولم نلخص هنا إلا عدداً ضئيلاً ، لإيضاح أهمية وجهات نظر العملاء فى الإعلام عن مقدِّمى الخدمة .

١- أظهر الانطلاق على أساس ملاحظة إيجابية وهى مع ذلك ملاحظة تناقض رأى الطب النفسى التقليدى فى الانطلاق من مرتكزات عريضة وكشوف مؤقتة ، من مشروع كبير فى شمال شرقى التايمز (N E Thames) (١٩٩٢م) أن معظم المرضى العقليين الذين خرجوا من المستشفى لينتقلوا إلى رعاية المجتمع المحلى ، فضّلوا منازلهم الجديدة والدرجة الأعلى من الاستقلال والحرية .

٢- إن مستعملى خدمة رعاية المجتمع ، فى اجتماع لتطوير الإستراتيجية ، فى لندن ، قاموا بإرباك الخبراء المهنيين بطلباتهم لتفويضهم ومنحهم سلطات ، مثل القدرة على التعبير عن آرائهم ومشاعرهم بطريقتهم الخاصة ، وأن يتم سؤالهم عما يحتاجون إليه ، لا أن يتم إخبارهم بما يحتاجون إليه ، وأن يُستمع إليهم ، لا أن يستشاروا حول حرمانهم من الحقوق .

٣- وفى دراسة لوجهات نظر المريض النفسى حول جوانب الرعاية التى يقدرها أعلى التقدير " شارما ت Sharma T" (١٩٩٢م) كان من الواضح أن المرضى لم يكونوا مقتنعين بمنافع التطبيب النفسى أو مهتمين بالجولات على الأجنحة ، أو المشاورات حول الحالة – وكانت وجهات نظرهم تختلف عن وجهات نظر هيئة التمريض . ومن الواضح أننا نحتاج – لكى نحسن جودة الرعاية – إلى النظر فى الأسباب التى تحمل المرضى على أن يتصوروا أن المداواة ذات التأثير النفسى غير مجدية .

٤- فى دراسة لجنة التدقيق (١٩٩١م) حول وجهات نظر المرضى عن جراحات اليوم الواحد ؛ تبين أن المرضى كانوا يشعرون أن جراحات اليوم الواحد تؤدى إلى ما يلى :

- تماثل أسرع وأفضل للشفاء فى البيت .
- العودة إلى المنزل فى وقت أقرب (وهذا مهم بوجه خاص بالنسبة لآباء الأطفال الصغار) .
- ملاءمة استعمال الموارد الخاصة بالخدمة الصحية الوطنية .

وتضمنت وجهات النظر السلبية (١٥٪) ما يلى :

- الشعور بعدم الارتياح فى البيت .
- من غير الملائم الخروج من المستشفى فى هذا الأجل القريب (٢ إلى ٣ ساعات) بعد التخدير العام .
- المزاج العصبى فى المنزل ليلاً .
- العبء الذى يتحمله الشريك الآخر فى البيت من حيث كونه قائماً بالرعاية .

ويحتفظ بالأقسام الثلاثة الأخيرة للمرضى الخصوصيين - وهم ثلاثة من المهنيين كانوا يستفيدون من الخدمة الصحية الوطنية لرعايتهم الخاصة أصروا على تسجيل وجهات نظرهم .

٥- " بهوبال ر Bhopal R" أستاذ فى مبحث الأمراض أو الوبائيات (١٩٩٢م)

المشكلات : الوقت للحجز فى قسم العيادات الخارجية .

ساعة ونصف فى انتظار الاستشارة .

٦- الجناح جـ (ممرضة) (١٩٩٢م)

المشكلات : تخفيف ضعيف للألم .

تموين غذائى ردىء .

ضجيج الممرضات فى الليل .

تعارض خطوط السلطة والمسؤولية بين أعضاء الهيئتين الطبية والتمريضية .

مواقف هيئة العاملين

٧- "رام أ Ram A" استشارى الاتصال (١٩٩٢م)

المشكلات : نقص المعلومات التمهيدية .

الإعداد الردىء للخروج .

عدم وجود مفتاح ضوء إلى جانب السرير .

عدم وجود تلفاز .

عدم وجود مفتاح لجرس استدعاء .

موقف هيئة العاملين .

عدم وجود علاقة كتلك التى تكون بين أعضاء الفريق الواحد .

وكل هذه الدراسات تؤكد الحاجة إلى استخراج المعلومات من العملاء فيما يتعلق بوجهات نظرهم ، ولكن كيف ينبغى القيام بهذا ؟

لقد استعرض " ديكسون ب و كار- هيل Dixon P and Carr-Hill " ، ١٩٨٩م ، فى كتابهما المهم ، حول عمليات مسح معلومات التغذية المرتدة من بالعميل ، طرائق مسح العميل ، أو المريض ، التى تنفذ على نطاق عام من قبل السلطات الصحية ، مع إلقاء الضوء بصفة خاصة على حسن الممارسة . ونظر هذا الكتاب فى عمليات مسح المريض الداخلى ، والخارجى ، ومرضى الحوادث وأقسام الطوارئ وعموم السكان . ونُحيلُ القراء إلى هذا الكتاب من أجل المعلومات المفصلة . وتظُهر فى الأشكال (٩-٤ - ٩- ٩) تصاميم عديدة مختلفة (جزئية فحسب) لجمع المعلومات عن المرضى . كما تُظهر التغيُّر فى التقديم المحتمل لهذه المعلومات .

الشكل رقم (٩-٤) : " كيف يفكر المرضى" ، وحدة الاستشارة للسياسة الصحية ، " شيفيلد Sheffield" ، "الوصول إلى المستشفى" الصفحة (٣) من (٤٣) صفحة شاملة بعنوان دليل الجودة مع تحليل كامل

الوصول إلى المستشفى

نود أن نعرف ماذا حدث لك قبل إدخالك إلى هذا الجناح هذه المرة .

← ١- ما كيفية دخولك إلى المستشفى ؟

دخلته مريضاً فى حالة طوارئ . ( )

تلقيت رسالة / أو اتصالاً هاتفيًا يطلب إلىّ المجيء . ( )

تمت إحالتى من قبل مستشفى آخر . ( )

ملاحظة هامة : إذا كنت غائبًا عن الوعى عند الوصول إلى المستشفى ، فالرجاء الرجوع إلى الصفحة (٨) . وإذا كنت مريضاً فى حالة إسعاف ، فالرجاء الرجوع إلى السؤال (٨) فى الصفحة (٤) .

← ٢- هل سعيت إلى دخول المستشفى فى أول مرة طُلب إليك فيها الحضور ، أم رُفض قبولك بسبب عدم وجود أسرة كافية ؟

دخلت المستشفى فى المرة الأولى . ( )

لم يسمح لى بالدخول فى المرة الأولى . ( )

← ٣- كم من الزمن ظللت على لائحة الانتظار قبل أن يسمح لك بدخول المستشفى هذه المرة ؟

أقل من أسبوعين . ( )

أسبوعين إلى أربعة . ( )

شهراً إلى ثلاثة أشهر . ( )

بين ثلاثة وستة أشهر . ( )

بين ستة وتسعة أشهر . ( )

بين تسعة أشهر وسنة . ( )

أكثر من عام (يرجى التحديد) : ( )

← ٤- كم مدة الإشعارات التى تلقيتها بصدد اليوم الفعلى الذى كان يفترض أن يسمح لك فيه بدخول المستشفى ؟

ليس أكثر من ساعات قلائل . ( )

يوماً أو اثنين . ( )

ثلاثة أيام إلى أسبوع . ( )

أكثر من أسبوع . ( )

الشكل رقم (٩-٥) : استبانة حول «تجربة المرضى فى جراحة اليوم الواحد»

من إعداد لجنة التدقيق ، مايو ١٩٩١م تحت عنوان :

معنى الجودة «وجهة نظر المرضى لجراحة اليوم الواحد»

تجارب المرضى فى الجراحة

أولاً نود أن نسألك عما حدث قبل أن تدخل المستشفى :

١- هل تلقيت أية معلومات خطية أو مطبوعة عن علاجك قبل أن تدخل المستشفى ؟

الرجاء التأشير على واحد من هذين : ١ ( ) نعم ٢ ( ) لا

٢- هل شرح لك أحدٌ كيفية علاجك قبل أن تدخل المستشفى ؟

الرجاء التأشير على واحد من هذين : ١ ( ) نعم ٢ ( ) لا

الآن ، نود أن نسألك عن الوقت الذى قضيته فى المستشفى :

٣- ما هى العملية التى أجريت لك ؟ يمكنك أن تؤشر على أكثر من مربع واحد :

١- ( ) إصلاح الفتق .
٢- ( ) منظار المفصل .
٣- ( ) شق طبلة الأذن .
٤- ( ) إزالة النتوءات الجلدية .
٥- ( ) إزالة/استئصال التشققات الشرجية .
٦- ( ) إصلاح الكسر الأنفى .
٧- ( ) الختان .
٨- ( ) إزالة العقد العصبية .
٩- ( ) تثبيت الخصيتين غير النازلتين داخل كيس الصفن .
١٠- ( ) جراحة دوالى الوريد .
١١- ( ) منظار للمثانة .
١٢- ( ) منظار لجوف البطن .
١٣- ( ) الإعقام (للنساء) .
١٤- ( ) استئصال الوعاء الناقل للحيوانات المنوية .
١٥- ( ) إزالة إعتام عدسة العين .
١٦- ( ) أخذ عينة من الثدى .
١٧- ( ) تحرير عصب النفق الرسغى .
١٨- ( ) إنهاء الحمل (الإجهاض) .
١٩- ( ) التوسيع والكشط .
٢٠- ( ) كى عنق الرحم / أخذ عينة .
٢١- ( ) عمليات أخرى (يرجى التحديد) :

٤- كم لبثت فى المستشفى ؟ يرجى التأشير على أحد المربعين :

١- ( ) يوماً أو أقل . ٢- ( ) ليلة أو أكثر .

الشكل رقم (٩-٦) : العيادات الخارجية : السلطات الصحية الإقليمية فى «ترنت Trent» معايير الجودة للعيادة الخارجية

استبانة لمريض العيادة الخارجية

الوصول إلى العيادة

يحرص مستشفى .... على تصميم الخدمات بحيث تلائم احتياجات المرضى بقدر الإمكان ، ولذلك يتم عمل مسوحات على النواحى المختلفة للخدمات المقدمة .

ويتناول هذا المسح تجربتك فى الحصول على موعد والانتقال لقسم العيادة الخارجية .

سنكون شاكرين إذا تفضلت بالإجابة عن الأسئلة المرفقة بالتأشير على المربع المناسب وكتابة تعليقاتك حينما تريد أن تزودنا بمعلومات إضافية . ليس مطلوباً ذكر اسمك ، وستبقى المعلومات التى تقدمها مجهولة المصدر . ونرجو مساعدتنا على تحسين المعلومات التى نزودك بها .

وشكراً

ضع إشارة على أحد المربعين (نعم أو لا)

١- هل هذه هى زيارتك الأولى بصفة مريض إلى قسم العيادات الخارجية ؟

نعم (　)　　لا (　)

٢- هل أعطيت موعداً فى وقت مريح لك ؟

نعم (　)　　لا (　)

تعليقات :

....

....

....

....

٣- هل تم إبلاغك بالكيفية التى تستطيع بها تعديل الموعد إذا دعت الحاجة إلى ذلك ؟

نعم (　)　　لا (　)

تعليقات :

....

....

....

....

....

٤- هل أعطيت رقم هاتف للاتصال بهم إذا كان لديك سؤال أو استفسار ؟

نعم (　)　　لا (　)

تعليقات :

....

....

....

....

٥- هل تم تزويدك بتوجيهات للذهاب إلى المستشفى ومعلومات حول إيقاف السيارة ، والنقل العام .. إلخ لدى زيارتك الأولى إلى قسم العيادات الخارجية ؟

نعم (　)　　لا (　)

تعليقات :

....

....

....

....

....

الشكل رقم (٩-٧) : الوفاء بحاجات الخدمة : جودة الرعاية فى CMHT

سـرى

استبانة لدراسة استطلاعية عن الوفاء بحاجات الخدمة

جمع العينات من ثلاثة عملاء من مركز CMHT

الرجاء وضع إشارة على المربع المناسب ما لم تكن لديك تعليمات أخرى :

١- هل ترى حاليًا أحد أعضاء الفريق ؟

نعم (   ) كم شهرًا ظللت ترى عضوًا من الفريق ؟

....

لا (   ) كم شهرًا ظللت ترى عضوًا من الفريق ؟

....

٢- كم أسبوعًا ظللت تنتظر ليتم أول اتصال لك بالفريق بعد أن قررتما ، أنت وطبيبك الممارس العام ، الاتصال بالفريق ؟ ....

إذا لم يسبق لك أبدًا زيارة المركز فالرجاء الانتقال إلى السؤال رقم ٩

٣- هل واجهتك أية مشكلات فى العثور على المركز ؟

نعم (   )

لا (   )

٤- إذا كنت قد أتيت إلى المركز بالسيارة ، فهل واجهتك مشكلة فى العثور على مكان لوقوف السيارة ؟

نعم (   )

لا (   )

٥- هل وجدت موظفى الاستقبال والأعضاء الآخرين فى هيئة العاملين مستعدين للمساعدة عند وصولك إلى المركز ؟

نعم (   )

لا (   )

* إذا كانت الإجابة بلا ، فهل تفضلت بتوضيح كيف يمكن أن يصبحوا أكثر تعاونًا ؟

....

....

....

....

الشكل رقم (٩–٨) : استبانة خاصة بالجودة للمستفيدين من الخدمة في المستشفى : «أيلسبرى فال»

أسئلة موجهة إلى المستفيدين من الخدمة

١- السماح بالدخول إلى المستشفى أو الوحدة :

١/١ عندما سمح لك بالدخول ، كم ظللت تنتظر قبل أن يأخذوك إلى الجناح ؟ الرجاء التأشير :

أقل من نصف ساعة ( )
بين نصف ساعة وساعة ( )
بين ساعة وساعتين ( )
لا أتذكر ( )

٢/١ هل بيَّن لك أحد على وجه التقريب كم ينبغى عليك أن تنتظر ؟

نعم ( )
لا ( )
لا أتذكر ( )

٣/١ هل كانت المرطبات متوافرة عند الحاجة إليها ؟

نعم ( )
لا ( )
لا أتذكر ( )

٤/١ هل حاول أى من أعضاء هيئة العاملين أن يبعث الطمأنينة فى نفسك بخصوص ما كان يحدث لك ؟ ( )

نعم ( )
لا ( )

تعليقات :

....
....
....
....

٥/١ أين تم إجراء حديث معك قبل الإذن لك بالدخول ؟

فى مكان عام ( )
فى مكان خاص ( )
فى أماكن أخرى (الرجاء التحديد) .... ( )
لا أتذكر ( )

الشكل رقم (٩-٩) : سؤال فى الرعاية الصحية : «أيلسبرى فال Aylesbury Vale»

اتحاد «أيلسبرى فال Aylesbury Vale» لمؤسسات الرعاية الصحية الوطنية فى المجتمع المحلى

سؤال فى الرعاية الصحية

نحن نهتم ، هنا فى اتحاد " أيلسبرى فال Aylesbury Vale» لمؤسسات الرعاية الصحية الوطنية فى المجتمع المحلى ، بالخدمة التى تتلقاها ، ونريد التأكد من أن أى خدمة تتلقاها من قبلنا ، فى كل حال ، وفى أى ظرف ، ستكون متسمة بالكفاءة والمودة وتلبى حاجاتك الشخصية .

وسنكون ممتنين غاية الامتنان إذا قضيت لحظات قلائل فى استيفاء هذه الاستبانة .

وسوف نستعمل هذه المعلومات للتأكد من المحافظة على مستوياتنا العالية وتحسينها .

ونشكرك شكراً جزيلاً .

ما هو تقديرك لحسن تلبيتنا لتوقعاتك ؟ (الرجاء وضع إشارة أمام المربع المناسب) :

عندما كتبنا إليك	ممتاز	جيد	مقبول	ردىء	ردىء جداً
١- وضوح الرسالة	( )	( )	( )	( )	( )
٢- تهذيب الرسالة	( )	( )	( )	( )	( )
٣- المعلومات الضرورية	( )	( )	( )	( )	( )
٤- الشعور بإمكانية الاختيار	( )	( )	( )	( )	( )

عند الوصول إلى المستشفى	ممتاز	جيد	مقبول	ردىء	ردىء جداً
٥- سهولة إيجاد موقف للسيارة	( )	( )	( )	( )	( )
٦- العلامات الإرشادية لموقع الاستقبال	( )	( )	( )	( )	( )
٧- مستوى تهذيب أو ترحيب هيئة العاملين	( )	( )	( )	( )	( )

استقبال مرضى العيادات الخارجية	ممتاز	جيد	مقبول	ردىء	ردىء جداً
٨- سرعة تسجيل الأسماء	( )	( )	( )	( )	( )
٩- مستوى الكياسة	( )	( )	( )	( )	( )
١٠- مستوى الاستعداد للمساعدة	( )	( )	( )	( )	( )
١١- التعامل مع الصعوبات	( )	( )	( )	( )	( )
١٢- التسهيلات : (أ) المجلات	( )	( )	( )	( )	( )
١٣- (ب) الشاى/القهوة .. إلخ	( )	( )	( )	( )	( )
١٤- (جـ) الهاتف	( )	( )	( )	( )	( )

(تابع) الشكل رقم (٩-٩) :

عند الإدخال إلى المستشفى	ممتاز	جيد	مقبول	ردىء	ردىء جداً
١٥- الرعاية الشاملة من قبل : (أ) الهيئة الطبية	( )	( )	( )	( )	( )
١٦- (ب) هيئة التمريض	( )	( )	( )	( )	( )
١٧- (جـ) العاملون فى الهيئات الأخرى	( )	( )	( )	( )	( )
١٨- خدمات الإعاشة (التغذية)	( )	( )	( )	( )	( )
١٩- النظافة	( )	( )	( )	( )	( )
٢٠- المرافق والتسهيلات (مجلات ، هاتف ... إلخ) .	( )	( )	( )	( )	( )
	( )	( )	( )	( )	( )

هل كانت هذه زيارتك الأولى إلى اتحاد «أيلسبرى فال Aylesbury Vale» لمؤسسات الرعاية الصحية الوطنية فى المجتمع المحلى ؟

نعم ( ) لا ( )

هل يسعدك أن تعود إلى هنا إذا دعت الحاجة فى المستقبل ؟

نعم ( ) لا ( )

هل يوجد بين أفراد هيئة العاملين عندنا من يستحق أن يذكر بوجه خاص ؟

....

....

ملاحظات أو تعليقات إضافية :

....

....

نشكرك على ملء هذه الاستبانة . ويرجى تسليمها إلى : ....

وهذه الأشكال جميعًا لها جوانب قوتها وضعفها ، وإلى حد ما فى إمكانية تطبيقها على أية وحدة . وعلى كل حال يوصى بالشكلين (٩-٤) و (٩-٩) لاعتبارات هامة . كما يوصى بالشكل (٩-٤) باعتباره أسلوبًا شاملاً ، يمكن توجيهه من الخارج ، وهو فى الوقت ذاته أسلوب تحليلى مصحوب بتقرير كامل عن النتيجة ، ويتسم ، بناءً على ذلك ، بسهولة التشغيل . أما الأخير فيعد جدولاً داخليًا يمتاز بسهولة التوجيه وسرعته ، من أجل التزود بنظرة شاملة للرقابة على أساس منتظم ربع سنوى .

وجهات نظر المشترى :

لقد أوضح المشترون فى سلطات المنطقة الصحية وجهات نظرهم حول جودة خدمات التوريد فى سلسلة العقود التى تصل إلى عام ١٩٩٢/١٩٩٣ - ولكن على نحو متغير . وكانت بعض وجهات النظر هذه توجيهية بدرجة عالية ، كما كان بعضها يدع الكثير من مواصفات الجودة لوحدات التزويد . وذهب بعضهم فى المعسكر التوجيهى إلى مدى وصف الكيفية التى ينوون بها رصد خدمات مقدمى الرعاية والحصول على معطيات إشباع حاجة العميل بأنفسهم .

وكانت معظم وحدات مقدمى الرعاية ووكالات الشراء تلتقى مع زملائها الممارسين العامين (الذين يديرون صناديق الأموال والذين لا يديرونها) لتوكيد وجهات نظرهم حيال مقدمى الخدمات المحليين . ويجرى عرض مثل هذه المجموعة من وجهات النظر مصحوبة بجواب مدى استجابة وحدة مقدمى الخدمة لهذه الوجهات .

وفى مشروع بحث حديث اعتمد فيه على معلومات التغذية المرتدة المستمرة والمتبادلة بين المستشفيات والممارسين العامين ، تساءل " كينغ وكوفنترى - King and Coventry " (١٩٩٢م) عن الموضوعات الرئيسية لمعلومات الإحالة التى تواجههما ، وعن المشكلات التى يتوقعونها فى المستقبل القريب . وفيما يلى عرض موجز بأهم ما توصل إليه هذا البحث :

الملاحظات والمشكلات الناجمة عن زيارات للممارسين العامين

مقدمة :

١- لقد تم القيام بزيارات لمعظم مراكز الجراحة خلال الأسابيع الثلاثة أو الأربعة الأخيرة ضمن إطار فلسفة الوحدة الخاصة بتنمية روابط أوثق مع الممارسين العامين . وكان الغرض من هذه الزيارات ما يلى :

أ- تدعيم تنمية وحدة واحدة للتعامل مع الحالات الحادة .

ب- الحصول على وجهات نظر الممارسين العامين حول الخدمات التى يتم تقديمها من قبل مجموعة المستشفيات ، وتحديد مجالات المشكلات الخاصة والتماس وجهات النظر حول أولوية عمليات تطوير الخدمة .

جـ- تحديد المعلومات المطلوبة .

د- الحصول على وجهات النظر فيما يتعلق بوضع إدارة صندوق للممارسين العامين .

تلخيص بواعث الاهتمام الرئيسية :

٢- كانت أكثر الملاحظات تواترًا على النحو التالى :

أ- بينما كان هناك بعض الشعور بالولاء للمستشفيات كان من الواضح تمامًا أن الممارسين العامين سوف يحيلون المرضى على نحو مطرد إلى أماكن أخرى فى الاختصاصات الرئيسية التى أشير إليها فى الفقرة ٢ (ب) .

ب- كان مثار القلق حول فترات الانتظار بين خطاب الإحالة الأولى وموعد عرض المريض على العيادة التخصصية الخارجية فى التخصصات التالية :

الاختصاص أ

الاختصاص ب

الاختصاص جـ

جـ- مثار القلق حول فترات الانتظار بالنسبة للمريض المنوم فى الاختصاصات ذاتها .

د- الصعوبات المرتبطة بحالات إدخال طبية طارئة (بما فى ذلك إدخال كبار السن). وتتعلق الملاحظات بعملية الحصول على معلومات حول توافر الأسرّة ، والتوافر الفعلى لها .

هـ- خطابات الخروج (إنهاء العلاج) كثيرًا ما تكون غير مقروءة ، أو تحتوى على معلومات غير كافية ، بما فى ذلك التشخيص السريرى .

و- التأخر فى إصدار ملخصات الخروج (إنهاء العلاج) وعدم وجود خطاب ملخص الخروج على الإطلاق فى بعض الحالات .

٢- على حين سيكون من غير العملى تقديم صورة كاملة فى هذا التقرير الوجيز ، تضمنت الملاحظات الأخرى ما يلى :

أ- فترات الانتظار فى قسم الحوادث والإسعاف ، والتغطية الطبية من قبل كبار الأطباء (المتخصصين) لهذا القسم تحت الطلب من الساعة التاسعة صباحًا إلى الخامسة مساءً .

ب- أوقات الانتظار للعلاج الطبيعى - إمكانية مفتوحة بدرجة أكبر للحصول على الخدمات المتاحة .

جـ- الإمكانية مفتوحة للحصول على خدمة تخطيط أو رسم القلب الكهربائى .

د- فترة انتظار طويلة لمعالجة أو مواجهة " المشكلة أ " .

هـ- فترة انتظار طويلة لزيارات المرضى الاستشارية فى العيادات الخارجية فى الاختصاص (٧) .

و- فترة الانتظار لزيارات المرضى الاستشارية فى العيادات الخارجية فى الاختصاص ص .

ز- تخفيض عدد زيارات حالات المتابعة بالعيادة الخارجية ، والتأكيد على موضوع حالات المرضى الذين يتخلفون عن مواعيد حضورهم ، وما يترتب على ذلك من هدر للموارد باهظة التكلفة .

حـ- فترة الانتظار للوصول إلى خدمات المختبر .

ط- فرصة الوصول مباشرة إلى خدمة جراحية مناسبة .

ى- إخطار الأطباء الممارسين العامين عن الولادات بالهاتف .

ك- لا يتم إبلاغ الممارسين العامين دائماً بوفاة المريض .

ل- تطوير خدمة إرسال عينات الفحوص المخبرية كجزء من خدمة السعاة .

م- إنشاء أو تطوير روابط حاسوبية بين الممارسين العامين والوحدة الصحية .

الإجراء المستقبلى :

٤- يمكن أن تقوم بعض الإدارات بمعالجة بعض النقاط بسرعة ، فى حين تكون النقاط الأخرى موضوعة فى جدول الأعمال ، للمناقشة مع المشترين ، وبخاصة فترات الانتظار فى الاختصاصات أرقام (١ ، ٢ ،٣) .

٥- بالإضافة إلى الإجراء الذى يمكن اتخاذه خلال الأجل القصير ، فإن إستراتيجية الجودة وعملية تخطيط الأعمال سوف يتيحان الفرصة لوضع إستراتيجيات الخدمة ، للتغلب على أوجه النقص الخطيرة التى تواجه تقديم الخدمة بالصورة المطلوبة .

٦- من الضرورى خفض فترات الانتظار وبخاصة للاستشارة الأولى بالعيادة الخارجية . إن القيام بتطبيق جودة الرعاية فيما بين مقدمى الرعاية الصحية ، وفى مسألة فترة الانتظار ، أصبح من العوامل الحاسمة التى تحدد مخطط نماذج التحويل الطبى .

وهذا ما يلقى الضوء على الحاجة المتسعة فى المملكة المتحدة ، إلى ضرورة سعى المستشفى إلى الإسراع فى إعطاء تغذية مرتدة للممارس العام حول إحالة المريض ، على أن ما هو أهم من هذه القاعدة ، الطريقة المستخدمة فى هذه الدراسة لجمع هيئة العاملين هذه لتبادل وجهات النظر المختلفة فيما بينهم بصدد الخدمات التى يجرى تقديمها .

وجهات نظر هيئة العاملين :

تتوافر لدى هيئة العاملين ذاتها ، بحكم كونها تمثل المجموعة الثالثة من العملاء ، مفاهيم بالغة الأهمية وصالحة للعمل حول الصورة التى يجب أن تتخذها الخدمات التى يقدمها زملاء أعضاء الهيئة فى مستشفى أو وحدة خدمة المجتمع ، وكيف يمكن

تحسينها . ويرتكز تطوير علاقات الجودة الشاملة بين الخدمات أو مرافق الخدمة ، وبين المستفيدين من تلك الخدمة فى هيئة العاملين على ما يلى :

- الحوار المنتظم .
- التثقيف والوعى فيما يتعلق بالخدمة المقدمة والمطلوبة .
- المتابعة أو المراقبة الصريحة والمشتركة للأداء .
- الحوار المجدى والبناء حول تحسين الجودة .

من ناحية أخرى تتميز القيمة المركزية فى وضع العميل فى مركز الصدارة بأهميتها فيما يتعلق بالعميل الداخلى ، وكذلك أيضًا بأهميتها فيما يتعلق بعميل المستشفى الخارجى . وتظهر فى الأشكال (٩-١٠) إلى (٩-١٣) أربعة أمثلة من أمثلة استبانات المعلومات الخاصة بالعميل الداخلى .

أما المثال المعروض فى الشكل (٩-١٣) ، والموضوع من قبل المؤلف مع زملائه فى اتحاد الخدمة الصحية الوطنية للرعاية الصحية المجتمعية فى " أيلسبرى فال Aylesbury Vale" ، فهو استبانة شاملة يمكن استخدامها من قبل أى دائرة أو قسم من أجل العرض المفصَّل الدقيق للرأى المستخرج من دوائر أو أقسام المستفيدين الأخرى . ويمكن حساب نتائجه بسهولة .

الشكل رقم (٩-١٠) : خدمة الممتلكات أو العقارات لكل هيئات العاملين الأخرى

إلى كل الأجنحة والأقسام

نحو جودة شاملة

الزميل العزيز :

لقد أشير إلى أن جودة خدمتنا يمكن تحسينها بالقياس إليكم معشر " عملائنا ".

ولمساعدتنا فى متابعة تقديم خدمة أفضل ، سنكون ممتنين إذا تفضلتم بالإجابة عن الأسئلة التالية :

١- هل واجهتم أية مشكلات فيما يتصل بخدمتنا ؟ ( ) نعم

( ) لا

إذا كان الجواب بالإيجاب فالرجاء إطلاعنا خطيًا

٢- هل تعد خدمتنا بالنسبة إليكم ؟ ( ) ممتازة

( ) جيدة جداً

( ) جيدة

( ) رديئة

إذا كانت رديئة فهل يمكنكم بيان السبب ؟

٣- هل تتسم هيئة العاملين عندنا بالكفاءة والاستعداد للمساعدة ؟

( ) نعم

( ) لا

إذا لم تكن كذلك فالرجاء إعطاء بعض الأمثلة .

٤- هل تتم الاستجابة لمقتضيات العمل الخاص بك خلال فترة زمنية معقولة ؟

( ) نعم

( ) لا

إذا كان هذا لا يحدث فالرجاء ضرب الأمثلة .

يرجى إعادة هذا الاستبانة إلى قسم الأشغال . شاكرين لكم سلفًا تعاونكم معنا فى هذا المسح .

المخلص

مهندس أول (أو كبير المهندسين) رئيس مسؤولى المبنى

قسم الأشغال قسم الأشغال

الشكل رقم (٩-١١) : من قسم إمدادات المنطقة لكل الأقسام الأخرى

قسم الإمداد – استبانة خدمة العميل

الرجاء ذكر اسمك ....

اللقب .... الوحدة ....

المستشفى .... القسم ....

إن قسم الإمداد المتعلق بك ، والذى أنشئ حديثًا مسؤول عن تزويدك بخدمة إمداد شاملة . والرجاء أن تشير إلى وجهة نظرك فيما يتعلق بالخدمة التى تلقيتها بوضع إشارة على الخط المنقط بعلامة الضرب (×) حيثما وجدت ذلك مناسبًا. والأسئلة من (١) إلى (٢١) تتعلق بقسم إمدادك ، والأسئلة (٢٢) إلى (٢٨) تتعلق بالمستودعات .

١- هل ترى أن قسم الإمداد يجيب عن استفساراتك الهاتفية فوراً :

دائمًا   أحيانًا   بعد بعض التأخير   ببطء شديد

....

٢- عندما تتصل بقسم الإمداد هل تجد المسؤولين :

مستعدين جداً للمساعدة   مستعدين للمساعدة   غير مستعدين للمساعدة

....

٣- هل تجد الخدمة المقدمة عن طريق الهاتف :

جيدة جداً   جيدة   متوسطة   رديئة

....

٤- هل يقومون دائمًا بالرد على أسئلتك فيما بعد ، بالهاتف عندما يَعدونك بذلك :

دائمًا   أحيانًا   لا يفعلون ذلك أبداً

....

الطلبات من خارج المخزون (أى تلك التى لا يمكن الحصول عليها من المخازن)

٥- عندما ترسل طلباتك إلى قسم الإمداد ، هل تجد أنها يتم النظر فيها :

بسرعة بالغة   بسرعة   ببطء   ببطء بالغ

....

(تابع) الشكل رقم (٩-١١) :

٦- عندما يرجع إليك قسم الإمداد بالاستفسار عن طريق الهاتف حول طلباتك من خارج المخزون هل يكون المسؤولون :

مستعدين جداً للمساعدة　　مستعدين للمساعدة　　غير مستعدين للمساعدة

....

٧- إذا كان لا بد من ذهاب طلبك إلى قسم المناقصات لاستدراج العروض ، هل تقدر التأخير الذى لا بد منه :

نعم　　لا

....

٨- هل تجد مثل هذا التأخير معقولاً أم مفرطًا فى الطول :

معقولاً　　مفرطًا فى الطول

....

٩- عندما يتم تقديم الطلبات تخصص نسخة لمنشئ الطلب ، فهل تحصل على نسخة :

دائمًا　　أحيانًا　　لا تحصل عليها أبداً

....

١٠- عندما تطالب بطلب عاجل تم التقدم به ، هل تتم معالجة طلباتك :

بسرعة　　ببطء　　ببطء شديد

....

١١- كم يبلغ تواتر اتصالاتك بقسم الإمداد :

اتصال منتظم　　غير متواتر　　لا يحدث اتصال أبداً

....

١٢- كيف يتم القيام بأغلبية اتصالاتك :

بالهاتف　　بالمراسلة　　بزيارة لقسم الإمداد

....

(تابع) الشكل رقم (٩-١١) :

١٣- هل يرتبط اتصالك بما يلي :

أ- استفسارات عن الطلب ....

ب- استفسارات عن المخزون ....

جـ- حاجة إلى معلومات عن الإنتاج ....

١٤- هل تجد الجواب الوارد من قسم الإمداد :

جيداً جداً جيداً لا بأس به سيئًا

....

١٥- هل حدث ، في أي يوم من الأيام ، أن زارك عضو من هيئة العاملين في الإمداد :

نعم لا

....

١٦- هل تشعر أن زيارة من قبل هيئة العاملين في الإمداد ستكون ذات عون لك :

نعم لا لا أدرى

....

١٧- كم يتواتر شعورك بأن زيارة من قبل هيئة العاملين في الإمداد ستكون ذات عون لك :

....

١٨- هل تشعر بأن ثمة نصيحة تم الحصول عليها من هيئة الإمداد أسهمت في تحقيق وَفْرٍ مالي:

نعم لا

....

١٩- هل سترحب إذا أتيحت لك فرصة سماع الحديث عن دور قسم الإمدادات :

نعم لا

....

٢٠- كيف ستقدر مستوى خدمة الإمدادات الإجمالية المقدمة لك من قبل قسم الإمدادات :

جيد جداً جيد لا بأس به منخفض

....

٢١- أشر ، حسب نظام الأولويات (١ ، ٢ ، ٣) إلى ما تصبو إليه في السلع أو البضائع أو المستهلكات التي تحصل عليها قسم الإمدادات من أجلك :

(تابع) الشكل رقم (٩-١١) :

أ- السعر ....

ب- الجودة ....

جـ- الخدمة ....

الرجاء التعليق بالتفصيل فيما يتعلق بأية ملاحظات إضافية أو موسعة حول الخدمة المقدمة من قبل قسم إمدادك ، وبيان ماهية التحسينات التى تحب أن تراها :

....

....

....

....

المواد التى تم استلامها من المخازن :

٢٢- عندما تتصل بك هيئة العاملين باستفسارات حول مطالبك ، هل تجدها :

مستعدة جداً للمساعدة　　　مستعدة للمساعدة　　　غير مستعدة للمساعدة

....

٢٣- عندما تحتاج إلى إضافة بند إلى مطالبك أو تعديلها ، هل تجد هيئة العاملين :

مستعدة جداً للمساعدة　　　مستعدة للمساعدة　　　غير مستعدة للمساعدة

....

٢٤- عندما يكون لديك طلب عاجل لمواد من المخازن ، هل تجد هيئة العاملين :

سريعة التجاوب　　　متوسطة السرعة فى التجاوب　　　بطيئة التجاوب

....

٢٥- عندما يكون لديك مطلب عاجل ، هل تجد تسليمه على النحو الذى تمت الموافقة عليه :

دائمًا　　　فى معظم المرات　　　فى بعض الأحيان

....

٢٦- هل تسلم المخازن سلعك (أو موادك) فى اليوم المتفق عليه :

فى كل مرة　　　فى معظم المرات　　　ليس مراراً　　　لم يحدث ذلك قط

....

(تابع) الشكل رقم (٩-١١) :

٢٧- على مقياس من ١ إلى ١٠ (حيث يمثل الرقم ١ قولنا : غير مهم) بالقياس إليك ، هل تعد :

أ- معولية التسليم فى اليوم المتفق عليه ....

ب- تواتر التسليم ....

جـ-الوقت المستغرق بين تقديم الطلب والتسليم ....

د- توافر المخزون (لا يوجد حالات نفاد للمخزون) ....

هـ- عمليات التسليم فى الحالات العاجلة أو الطارئة ....

٢٨- ما هو رأيك ، على وجه الإجمال ، فى خدمة المخازن :

جيدة جداً جيدة متوسطة رديئة رديئة جداً

....

يرجى التحدث بالتفصيل عن أية ملاحظات إضافية أو موسعة ، حول الخدمة التى تتلقاها من المخازن ، مع بيان أية تحسينات تحب أن تراها .

....

....

....

مع الشكر الجزيل لمساعدتك . الرجاء انتزاع هذه الورقة وإعادة الاستمارة بعد استيفائها إلى مدير خدمات المنطقة .

الشكل رقم (٩-١٢) : خدمات السجلات الطبية

مجموعة مستشفيات ألتناجلفين

قسم السجلات الصحية

"خدمات سجلات سليمة "

يهتم قسم السجلات الصحية فى مستشفى " ألتناجلفين Altnalgelvin" بضمان تلبيته لحاجات كل العملاء ، بما فى ذلك عملائه الداخليين من الهيئات الطبية والتمريضية والطبية المساعدة .

ولكى يتسنى رصد مدى حُسْنِ قيامنا بذلك سنكون ممتنين إذا تكرمتم ببذل بضع لحظات من وقتكم لاستيفاء هذه الاستبانة وإعادتها إلى مدير خدمات المرضى خلال عشرة أيام من أيام العمل ، وسوف نستخدم معلومات التغذية المرتدة التى نحصل عليها للمحافظة على مستوياتنا هذه ، ولتحسينها .

وشكرًا

" خدمات سجلات سليمة "

ما هو مدى حُسْنِ تلبيتنا لحاجاتك وتوقعاتك ؟ الرجاء وضع إشارة مع بيان ملاحظاتك أو تعليقاتك أدناه . وسوف تكون الملاحظات أو التعليقات ذات عون لنا بوجه خاص حيثما كنت تشعر بأن خدمتنا أقل من المستوى الجيد .

هل أنت من الهيئة : ( ) الطبية ( ) التمريضية ( ) الطبية المساعدة

	كيف تقيمون أداءنا						
	غير ملائم/ لا أعلم	ممتاز	جيد	متوسط	ردىء	ردىء جدًا	الملاحظات
١- خدمات مرضى العيادات الخارجية :							
أ- كفاءة عملية الإحالة من قبل الممارس العام .							
ب- تنظيم المواعيد .							
ج- كفاءة توصيل المرضى بالجهة التى يريدون مخاطبتها هاتفيًا .							
د- توافر ملفات كاملة عن حالات المرضى بما فيها تقارير صور الأشعة .							
هـ- التجاوب مع التغييرات .							
و- جودة خطابات ملخصات إدخال المريض .							

(تابع) الشكل رقم (٩-١٢) :

	كيف تقيمون أداءنا						
	غير ملائم/ لا أعلم	ممتاز	جيد	متوسط	رديء	رديء جداً	الملاحظات
٢- خدمات المرضى المنومين :							
أ- كفاءة عملية حجز مواعيد الدخول .							
ب- كفاءة عملية الدخول عن طريق قسم الطوارئ .							
ج- كفاءة عملية إشعار مواعيد الدخول .							
د- توافر ملفات كاملة عن حالات المرضى بما فيها تقارير صور الأشعة .							
هـ- خدمة كاتب الجناح .							
٣- خدمات السكرتارية :							
أ- جودة العمل المنتج .							
ب- التجاوب مع الطلبات ذات الاتجاه الواحد .							
ج- كفاءة عملية إنهاء خطاب الخروج .							
د-كفاءة عملية ترميز البيانات السريرية .							
٤- قضايا العميل :							
أ- اللياقة والتهذيب تجاهك .							
ب- المظهر وأسلوب التقديم عند هيئة العاملين .							

نشكرك على ملء هذه الاستبانة

الشكل رقم (٩-١٣) : سؤال فى خدمات الرعاية الصحية

اتحاد " أيلسبرى فال " لمؤسسات الرعاية الصحية الوطنية فى المجتمع المحلى

سؤال فى خدمات الرعاية الصحية

ما هى نظرة زملائنا نحو خدمة .... ؟

إبريل ١٩٩٢م

يشتمل جزء من إدارة جودة خدمتنا على الكشف بصورة دورية ومنتظمة عن تصورات زملائنا فيما يتعلق بخدمتنا المقدمة إليهم .

الرجاء بذل بعض الوقت لاستيفاء هذه الاستبانة ، وسوف نستخدم هذه المعلومات لضمان الحفاظ على مستوانا العالى وتحسينه .

وشكرا جزيلاً .

(توقيع رئيس القسم) : ....

الرجاء إعادة الاستبانة إلى (رئيس القسم ....)

إلى أى مدى يصل حسن تلبيتنا لحاجاتك وتوقعاتك ؟ (الرجاء وضع إشارة وذكر التعليق المناسب) .

	كيف تقيمون أداءنا						
	لا ينطبق / لا أدرى	ممتاز	جيد	متوسط	رديء	رديء جداً	ملاحظات إضافية
-١							
-٢							
-٣							
-٤							
-٥							
-٦							
-٧							
-٨							
-٩							
-١٠							
-١١							
-١٢							
-١٣							
-١٤							
-١٥							

هل أنت من الهيئة :

الطبية (   ) التمريضية (   ) الطبية المساعدة (   ) غير السريرية (   )

التجاوب مع وجهات نظر العميل :

فى هذه المرحلة من عملية التجاوب مع العميل توجد لدى هيئة العاملين مواقف معينة فيما يتصل بالخدمة الأولى للعميل وهيئة العاملين مستعدة لاستخلاص وجهات نظر العميل . ثم ماذا ... ؟

فى بعض الأحيان تتبنى هيئة العاملين ، عن وعى أو بدون وعى ، أنموذج " جان بول سارتر Jean-Paul Sartre" فى المسح الذى يتمثل بقوله – أنا سألت ، إذًا أنا مهتم بالعميل ، وهذا يذكرنى بمريض ضمن مجموعة علاجية كنت أتولى أمرها فى "كارديف Cardiff" فى فترة سابقة فى حياتى (١٩٨٤م) بصفتى أخصائيًا نفسانيًا – إذ دخل المريض حجرة المجموعة وسألنى هل يضيرنى أن يدخن – وحين واجهتنى المعضلة المألوفة تبنيت نهجًا شخصيًا فى الاستجابة وقلت : ما دمت قد سألت فأنا أفضل ألا تدخن ... وأشعل السيجارة ... – وحين تولانى الذهول إلى حدٍ ما انتظرت هنيهةً ثم سألته : لماذا سألت ؟ فقال : أجل ، إن من التهذيب أن أسأل !!

وبعض العاملين يتصرف تصرفًا مماثلاً لهذا إلى حدٍ ما من حيث كونهم يعرفون أنهم يفترض فيهم أن يسألوا المرضى عن وجهة نظرهم فى الخدمة ، ولكن لا يكاد يتم طلب المعلومات ، أو يتم جمعها حتى تكون العملية قد توقفت عند هذه النقطة .

والسؤال الرئيسى للاستفسار عن أية خدمة هو :

– ما الذى غيرته فى خدمتك على مدى الشهور الثلاثة الأخيرة نتيجة لمعلومات العميل ؟

ماذا .... ؟

ومن الأمثلة على المعاملات الكتابية (الديوانية) التى يمكنها أن تتنبأ بإجراء ما ، الآن أو فى وقت وشيك ما يُرى فى الأشكال (٩–١٤) إلى (٩–٢٠) وهى تشرح نفسها بنفسها :

الشكل رقم (٩-١٤) : عمليات المسح والإجراءات

من أجل تلبية رغبات (أو إرضاء) العميل

عمليات المسح والإجراءات من أجل تلبية رغبات (أو إرضاء) العميل					
المستشفى	الموقع أو المكان	المسح المستكمل	النتائج المتوافرة	الإجراء فى المستشفى	الإجراء فى الوحدة

الشكل رقم (٩-١٥) : زيادة أعداد الإحالة

ما هى الخطوات التى تحتاج وحدة خدمات الرعاية ذات الأولوية إلى اتخاذها للحصول على عدد أكبر من الإحالات فى المستقبل ؟
(الرجاء وضع إشارة)

الخطوة	غير مهمة	غير مهمة على الإطلاق	لا هى مهمة ولا هى غير مهمة	مهمة تماماً	مهمة جداً
وقت انتظار أكثر قصراً .	١	-	٣	١٦	١٨
تحسين السرعة التى يتم بها إرسال الخطابات .	-	-	٤	١٧	١٦
تحسين جودة المعلومات فى الخطابات .	٢	-	٤	٢٤	٨
خدمة أكثر اتساماً بالشخصية .	٢	-	٥	١٨	١١
تحسين الألية الخاصة بترتيب المواعيد .	١	-	١٣	٢٠	٥
تشجيع إنشاء روابط أوثق بين الاستشاريين وكبار المهنيين والممارسين العامين .	-	١	٦	١٦	١٩
وجوب تحسين الخدمات الفندقية .	١	٢	١٣	١٤	٥
تحسين إمكانية الوصول البدنى للمرضى .	٢	٢	١٤	١٧	١
تحسين جودة الرعاية .	١	١	٦	١٣	١٤
تحسين المعلومات المعطاة للمرضى الذين يتلقون رعاية طويلة الأجل .	١	-	٣	٢١	١٢
تحسين ترتيبات ما بعد الرعاية (الرعاية اللاحقة) .	١	-	٦	١٧	١٢
تحسين الترتيبات من أجل المواعيد العاجلة غير القابلة للتأخير .	١	-	٦	١٢	١٧

الشكل رقم (٩-١٦) : الإبلاغ عن وجود مشكلات تتعلق بالإعاشة (أو التغذية)

مديرية خدمات المرضى

الإبلاغ عن وجود مشكلات تتعلق بالإعاشة

الجناح / القسم : ....

تاريخ ووقت حدوث المشكلة : ....

طبيعة المشكلة : ....

....

....

اسم مدير الإعاشة الذى تم إشعاره أو إبلاغه : ....

الإجراء المتخذ : ....

....

....

التوقيع : ....

المرتبة : ....

الرجاء الإعادة إلى : الآنسة " أى. دى. .I.D" مديرة تمريض أولى ، الطابق الأول ، مستشفى منطقة " ألتنالجيلفين .

الشكل رقم (٩-١٧) : نموذج من تقرير ضمان (أو توكيد) الجودة

تقرير ضمان الجودة لاجتماع مجلس إدارة الوحدة

١- القضايا البيئية المستمرة :

١-١ توفير العمالة لهاتف حالات السكتة القلبية :

يهتم مسؤول وحدة تأكيد الجودة بواجبات العاملين بالهاتف ، لضمان تمكنهم من أداء خدمة الإجابة المتواصلة على هاتف وحدة حالات السكتة القلبية ، حتى عندما لا يكون هناك سوى عامل تشغيل واحد على رأس العمل .

لقد تم القيام بمسح تناول عطلة نهاية الأسبوع ، وكشفت النتائج عن أن الهاتف كان غير مزود بالعناصر العاملة على مدى فترة إجمالية قدرها (٥٩) دقيقة ، وكان النداء الهاتفى يظل قيد الانتظار دقيقتين إلى أن يكون عامل الهاتف قد عاد من زيارة لدورة المياه . وطُرِح اقتراح من قبل السيد " م " بإعادة تجهيز الحجرة المجاورة للوحة المفاتيح بحيث تكون منطقة دورة المياه / حوض الغسيل مزودة بتسهيلات تمكن من سماع صوت نداء حالات توقف القلب والإجابة عنها .

١-٢ شكاوى من قبل السيد والسيدة " ك " حول نقص الوحدة المفردة المخصصة لتكون دورة مياه للمعوقين ، للاستعمال من قبل الذكور والإناث فى جرس استدعاء الهيئة الطبية للمساعدة فى إنقاذ حالات السكتة القلبية فى وحدة العيادات الخارجية .

ويترتب على مسؤول ضمان الجودة المشارك فى مشروع مقترح من قبل السيد " إس " والسيدة "أ" ، تغيير دورات المياه المنفصلة للذكور والإناث التى تقع مقابل الصيدلية. وسوف يغدو هذا عندئذ دورة مياه مخصصة للمعوقين للاستعمال من قبل الذكور والإناث مع تحسين إمكانية الوصول إليها ، وإيجاد الأبواب العريضة ، وحوض الغسيل المنخفض ، والعدد الكافى من الأسيجة ، وإلصاق العلامات على الجدران .

١-٣ شكوى من السيدة "هـ" مفادها أنها أغمى عليها بسبب ارتفاع درجة الحرارة فى العيادة الخارجية " أ " :

شارك فى الشكوى مسؤول ضمان الجودة . وقد تم اقتراح المشروع. ويترتب على السيد "ف" أن يصمم نظاماً جديداً للتهوية وقنوات الصرف (يقوم مقام النظام القائم الآن) . وسوف يؤدى هذا إلى زيادة معدل التهوية ، وسوف تتحكم كل عيادة عندئذ فى نظامها الخاص ، وستبلغ التكاليف الإجمالية لإدارة هذا العمل ٦٩,٠٠٠ +٥٠٠٠ جنيه فى السنة نفقات تشغيلية جارية .

وسوف يشار إلى مناقشة النقاط ١، ٢، ٣ واتخاذ القرار بشأنها خلال اجتماع مجلس إدارة الوحدة .

الشكل رقم (٩-١٨) : مسح أجنحة تنويم المرضى - الجناح ٢

مسح أجنحة تنويم المرضى - الجناح ٢

القضايا المطروحة :	خطة العمل :
١- المداخل إلى المستشفى صعبة على المعوقين .	- القيام بمراجعة دقيقة لخدمات البيئة فى المستشفى .
إلصاق العلامات أو الشارات المؤدية إلى الجناح .	- رفع تقرير إلى مدير عام الوحدة .
صعوبة العثور على مكان لوقوف السيارة	
٢- أوقات الزيارة :	- المفاوضة المحلية مع الممرضة .
المطالبة أن تكون أطول فى الأمسيات .	
زائران فقط للسرير (أى للمريض) .	
توفير حاجات الأطفال	
٣- الجناح :	
يحتاج إلى إعادة الديكور ، ورفع المستوى .	- التعرف على ترتيبات التخطيط بالتنسيق مع السيدة " بى " .
تزويد الأسرة بأجهزة راديو وسماعات .	
توفير غرفة نهارية للمرضى المدخنين وغير المدخنين .	
فترات الانتظار الطويلة عند الإدخال وفى اليوم السابق على إجراء العملية .	- دراسة جدوى الإمكانية العملية لعيادة ما قبل الإدخال : السيدة " بى "والآنسة "جى" .
عدم وجود مكان للاستحمام .	
حمام واحد للجناح .	
عدم وجود دورات مياه كافية .	- يجب معالجتها فى برنامج رفع مستوى الجناح : السيدة " بى " .

(تابع) الشكل رقم (٩-١٨) :

القضايا المطروحة :	خطة العمل :
عدم وجود مرفق لغسيل الشعر .	
الحاجة إلى موقع للحلاقة .	
الحاجة إلى مرآة .	
الحاجة إلى إضاءة أفضل فى أماكن الغسيل .	
ضرورة وجود مرافق غسيل منفصلة عن دورات المياه	
٤- التواصل بين العناصر المتغيرة فى هيئة العاملين .	- قضايا مهنية محلية .
المواقف ووجهات النظر بين العناصر المتغيرة فى هيئة العاملين .	- مجموعة تدريبات لرعاية العملاء .
مستويات الضوضاء .	

الشكل رقم (٩-١٩) :

مسح لعملية التموين الغذائى (الإعاشة) - آذار (مارس) ١٩٩٠م

مسح لعملية التموين الغذائى (الإعاشة) - آذار (مارس) ١٩٩٠م		
القضايا المطروحة	خطة العمل :	المسؤولية :
١- الخضروات مطبوخة أكثر مما ينبغى .	مراجعة تقنيات أو إجراءات الطبخ .	AB
٢- المزيد من الأطعمة الصحية ، مثال : الخوخ .	تعزيز الأكل الصحى فى بطاقات الوجبات .	MA
٣- اختلاف درجات حرارة الأطعمة .	مراقبة درجات حرارة الأطعمة	CD
٤- نسبة مئوية عالية من هدر الأطعمة المتبقية فى الأطباق .	وجوب أن تكون اختيارات الوجبة ملائمة لحاجات المرضى .	HS
٥- السكاكين ليست نظيفة تماماً .	الرصد الدقيق وعمليات التفقد الفورى .	MA

الشكل رقم (٩-٢٠) : عيادة أمراض العين وجراحتها بقسم العيادات الخارجية : مسح للعميل ١٩٨٩م

عيادة أمراض العين وجراحتها بقسم العيادات الخارجية : مسح للعميل ١٩٨٩م	
القضايا المطروحة :	**خطة العمل :**
١- المزيد من المقاعد والكراسى المريحة .	١- إعادة تنظيم المقاعد بحيث تعطى مجالاً للحد الأقصى من الكمية فى منطقة صغيرة . ٢- تأمين كراسى ذات مساند عالية للظهر أكثر سهولة وراحة للمرضى المسنين . ٣- توقع الحاجة إلى المزيد من الحجرات فى حالة انتقال عيادة الأنف والأذن والحنجرة إلى العيادات الخارجية. المناقشة مع السيدة "بى" .
٢- الحاجة إلى منطقة للعب .	١- نقل مكتب الاستقبال والمكان الملحق به إلى مكان أخر . لاستخدام هذا الموقع على شكل منطقة للعب . ٢- تقوم الممرضة المسؤولة حاليًا بشراء المزيد من الألعاب للقسم .
٣- الديكور .	١- الحاجة إلى إعادة الديكور وتنسيق النباتات . ٢- للمناقشة مع السيدة " بى " لرفع مستوى القسم والارتقاء به .
٤- الاعتماد على هيئة العاملين للاتصال الهاتفى من أجل تأمين سيارة أجرة "تاكسى" .	١- الحاجة إلى خط هاتفى مخصص لنداء سيارات الأجرة يكون تحت التصرف .

الشكاوى :

ما الذى نتعلمه من الشكاوى ؟ يمكن تجميع الشكاوى فى العادة وتحليلها إلى فئات على الشكل التالى :

- المسائل المتعلقة بالأداء والتصرف بين أعضاء :

  * الهيئة الطبية .
  * هيئة التمريض .
  * الهيئات الأخرى .

- المسائل المتعلقة بالاتصال مع أعضاء :

  * الهيئة الطبية .
  * هيئة التمريض .
  * الهيئات الأخرى .

- فترات الانتظار .
- الخدمات الفندقية .
- شكاوى أخرى .

وتشير خلاصة من تقرير لجنة الخدمات الصحية إلى الأنماط النوعية من الشكاوى الرئيسية التى تصل إلى مستوى كبار المسؤولين (وإن كانت ضئيلة العدد) . انظر الشكل رقم (٩-٢١) .

الشكل رقم (٩-٢١) : تقرير لجنة الخدمات الصحية

محتويات التدريب

	رقم الحالة المرجعى	الموضوع	رقم الصفحة الخلاصات	رقم الصفحة النص الكامل
إنجلترا	W. ٥٤٥/٨٩-٩٠	أشكال من النقص فى رعـاية القـابلة أثناء مخاض المريضة .	١	١١
	W. ٦٧٧/٨٩-٩٠	العلاج والرعاية فى قسم الحوادث (الإسعاف) والطوارئ .	٢	٢٠
	W. ٢١/٩٠-٩١	نقص الدراية بالتعامل مع المسن فى قسم الحوادث (الإسعاف) والطوارئ .	٢	٣١
	W. ٢٣١/٩٠-٩١	أشكال من النقص فى إخـراج المرضى ، والعناية المنزلية ، والترتيبات الخاصة بالرعاية اللاحقة لصغار السن من المرضى .	٣	٣٨
	W. ٣٨٠/٩٠-٩١	التأخير فى معالجة إصابة حدثت فى المستشفى .	٤	٤٨
	W. ٤٣٨/٩٠-٩١	رفض إصدار النص الكامل لتقرير مراجعة متخصصة من قبل احترافى (Professional) مستقل .	٥	٥٤
	W. ٤٥٢/٩٠-٩١	المراسلة حول شكوى تم حفظها فى السجل الطبى للمريض .	٥	٦٢
	W. ٤٥٩/٩٠-٩١	تقديم النصح لمريضة قبل الولادة .	٦	٦٦
	W. ٥٠٨/٩٠-٩١	تصرفات فريق سيارة الإسعاف والاستجابة للشكوى .	٦	٧٣
	W. ٥٩٠/٩٠-٩١	الاستجابة لطلب سيارة إسعاف فى حالة طوارئ .	٧	٨٢
	W. ٦٧٦/٩٠-٩١	إعادة معالجة فى مستشفى لطب الأسنان .	٨	٨٩
	W. ٨٣٩/٩٠-٩١	رسوم تخضع لقانون لوائح المرور الصادر عام ١٩٨٨م .	٨	٩٣
إسكتلندا	SW. ٤٧/٩٠-٩١	ترتيبات إخراج المرضى تمهيداً لإحالتهم إلى دار التمريض .	٩	٩٦
	SW. ٧٠/٩٠-٩١	أشكال من النقص فى الإشراف والاتصال فى جناح للمخاض .	٩	١٠٢

ونستشهد بعلاج واحد لإحدى الشكاوى المذكورة سابقًا :

"العلاج : اعتذر مدير إدارة المستشفى عن النقائص التى استعرضتها ، ووافق على تذكير الهيئة الطبية بأهمية التحديد الدقيق لتاريخ وأوقات تدوين ملاحظاتهم السريرية ذات الصلة بحالات المرضى فى سجلاتهم الصحية . وقد وافقت الهيئة المذكورة على الالتزام بذلك ، وأن تستمر الهيئة المسؤولة عن معالجة الشكاوى بصورة كاملة بتفهم ما يجب عمله وتحديد الأدوار التى ينبغى أن تلعبها فى إجراءات الشكاوى" .

وهى تلح على مسألة مفادها أنه عندما تكون إحدى الشكاوى قد عولجت على أمل إرضاء المشتكى فمن الواجب أن يؤثر علاج هذه الشكوى الخصوصية على النظام بأسره (على النحو الملائم) بحيث لا تعود هذه المشكلة الخصوصية إلى الظهور أبدًا فى الظروف العادية . أما أنموذج : صحح فى المرة الأولى (وإذا حدث خطأ ما فعليك بالحيلولة دون حدوثه مرة أخرى ، أبدًا) فيجب تطبيقه عندما تتلقى خدمة من الخدمات تغذية مرتدة إما عن طريق عمليات المسح وإما عن طريق الشكاوى .

ومن المجالات النوعية التى يعلق عليها المرضى مرارًا ، إما عن طريق معلومات التغذية المرتدة المأخوذة منهم ، وإما عن طريق الشكاوى الشفوية أو الخطية ، نافذة العرض الأمامية فى المستشفى - مكاتب الاستقبال ، والعيادات الخارجية ، وأقسام الإعاشة (التغذية) والإسعاف والطوارئ ، وغيرها . وتعد البيئة الطبيعية والاجتماعية ذات أهمية بالقياس إلى من يشعر بالقلق وعدم الاطمئنان (كما يكون معظمنا فى حالة المرض) . وكلما ازداد الترحيب حرارة كان ذلك أفضل . ونتيجةً لمعلومات التغذية المرتدة التى يتم تلقيها يجنح الكثير من المستشفيات إلى توفير اتصال أول بالمريض بهم يكون أكثر إيجابية ، ويفترض فى هذا الاستقبال الأكثر حرارة أن يقوم على ما يلى :

- تقديم الإرشادات .
- تقديم المعلومات التحضيرية .
- مصاحبة الأفراد إلى وجهتهم إذا ضلوا عنها .
- ترك المرضى على راحتهم .
- إظهار السلوك الترحيبى .

وهناك مرجعان من أجل هذا العمل هما : "سميث إس .Smith S" ١٩٩١م ، و "نلسون أ وجوردون م Nelson A & Gordon M ١٩٨٦م .

أما الحزم التدريبية (البرامج الشاملة) ذات العلاقة فهى :

١- الفرد فى مقابل الفرد ، من إعداد " ميرسى ريجيون Mersey Region" .

٢- وجهًا لوجه ، من إعداد " شارتويل برات بروملى Chartwell Bratt Bromley" .

وثمة مجالان قبل الانتقال إلى موضوع المسؤولية أمام العملاء ينبغى التنويه عنهما :

١- "مجموعة فنادق الطليعة Avant Hotels Group" - وهى شركة ذات ملكية خصوصية فى " شمال همبرسايد North Humberside" - قامت بتطوير إجراءات مكتب الاستقبال الذى يقع بالقرب من مدخل الفندق الرئيسى ؛ من أجل تسهيل إجراءات استقبال وصول النزلاء وإكمال ترتيبات إدخالهم . ومن هذه الإجراءات ما يلى :

١- لا بد أن يشعر كل نزيل فور وصوله إلى مكتب الاستقبال بالترحاب ، وأن يتلقى الخدمة تبعًا لأسبقية الوصول .

٢- لا بد أن تتضمن إجراءات التسجيل ما يلى :

أ- ابتسامة ترحيب .

ب- التواصل البصرى .

ج- التجاوب مع وصول النزيل ، أى عبارات مثل " صباح الخير " ، " طاب نهارك " .

د- استعمال اسم النزيل مرة واحدة على الأقل .

هـ- تأكيد نوع الغرفة ومدة الإقامة .

و- تأكيد طريقة الدفع وعرض إنهاء ترتيبات الخروج السريعة لتصفية الحساب (إذا كانت ممكنة الاستعمال) .

ز- تسليم المفتاح وبطاقة المفتاح مع بيان الدرجة بوضوح والاتجاه المفضى إلى الحجرة .

ح- لا يحسن ذكر رقم الغرفة لأسباب أمنية .

ط- عرض المساعدة فى حمل الأمتعة .

ى- خاتمة ملائمة للحديث مثل : آمل أن تستمتع بإقامتك .

٣- ينبغى أن يكون تسجيل النزيل عملاً متسلسلاً بغير انقطاع ، وإذا حدثت مقاطعة لا سبيل إلى تجنبها فلا بد من تقديم اعتذار إلى النزيل .

٤- يجب بذل كل جهد لتأمين راحة كل نزيل من النزلاء على الفور. ولا يحسن طلب الانتظار من نزيل تأكّد حجزه . أما إذا كان وصوله بعد الوقت المحدد لموعده ؛ فلا بد من مراعاة ما يلى :

أ- أن يقدم إليه اعتذار ، وأن يقدم إليه ، إذا أمكن القهوة أو الشاى أو العصير .

ب- أن يتم إعلامه بالوقت الذى تصبح فيه حجرته جاهزة .

ج- أن تقدم إليه تسهيلات لحفظ متاعه .

د-ألا يُرسل أبداً إلى حجرة ليست جاهزة لإدخاله فيها ".

وهناك مسألة مختلفة بالنسبة لقسم العيادات الخارجية فى صباح يوم من أيام الإثنين . أم هل تراه كذلك ؟

٢- ثمة كثير من أعمال الخدمة فى نظام الخدمة الصحية الوطنية يحتوى على أقسام كبيرة من الاحتكاك المطول مع العملاء ، وحتى وإن كانت المهمة بسيطة فإن الضغط الناجم عن تقديم رعاية مطولة جيدة للعميل يعد ضغطًا هائلاً ومجهداً . ويعتبر دور مدير فى الخط التنفيذى المباشر أساسيًا فى دعم العاملين وتثمين عملهم وتشجيعهم .

المسؤولية تجاه العملاء :

مما يترتب على إيلاء العملاء المكانة الأولى فى حيز الاهتمام أن نتصرف بطريقة تتجلى فيها مسؤولية الخدمة تجاه عملائها الذين يدفعون لها الأجور فى النهاية .

وثمة طريقتان رئيسيتان تتجلى فيهما وحدة تقديم الخدمة فى إيلاء عملائها حيز الاهتمام الأول ، وذلك عن طريق ما يلى :

١- المقاييس والمواصفات الواضحة والصريحة التى يثبت أنها تلبى حاجة العملاء إن لم تزد عليها .

٢- المواثيق الصريحة التى تجسد المقاييس الرئيسية لقيم الخدمة .

وكلاهما يعنيان أن المرضى (وهيئة العاملين) هم على وعى دائم بما ينبغى للمرضى أن يتوقعوه فى الظروف العادية ، وهذا يعنى ، بالتالى ، وبطريقة ضمنية ، أن الخدمة تتوقع ، وتريد أن تسمع حديث المرضى الذين يشعرون أنهم لم يتلقوا مستوى الخدمة المنصوص عليه فى المستويات القياسية أو النموذجية وفى الميثاق .

وثمة مثالان على المواثيق ، أحدهما للخدمة الصحية الوطنية والآخر عائد لقسم خدمات عملاء الموردين فى شركة "كومت الكهربائية Comet Electrical Suppliers Services Department" ، كما يبدو فى الشكلين (٩-٢٢) و (٩-٢٣) للمقارنة والمقابلة .

الشكل رقم (٩-٢٢) :

ميثاق المرضى فى مستشفى " نورث ويك بارك Northwick Park"

ميثاق المرضى فى مستشفى " نورث ويك بارك "

الرعاية - الامتياز السريرى - المجاملة واللياقة والترحاب

يستطيع مرضى مستشفى " نورث ويك بارك " أن يتوقعوا ما يلى :

- أن يتلقوا كل الرعاية الضرورية من المستشفى الضرورية من أجل تشخيص صحيح ومعالجة صحيحة لمرضهم أو إصابتهم .
- أن يحظوا بالاحترام والخصوصية والكرامة فى كل الأوقات .
- إعلامهم بكل جوانب مرضهم إذا ما اختاروا ذلك .
- إشراكهم فى التخطيط لرعايتهم حيثما كان ذلك ممكنًا .
- الاهتمام بهم فيما يتعلق بأسرتهم وأصدقائهم المقربين .
- أن يتلقوا خدمة الدفاع إذا كانوا غير قادرين عن التعبير الفعال عن حاجاتهم الخاصة .
- أن يتم خروجهم من المستشفى فى اليوم والوقت الذى تمليه حاجات رعايتهم الصحية .
- أن ينالوا رعاية مستمرة تتماشى مع نوعية الحاجات المرتبة من أجلهم .
- أن يتم التحقيق فى أى شكوى يقدمونها ، تحقيقًا دقيقًا ، ويحصلوا على جواب خلال أمد معقول .

التوقيع ....

الرئيس التنفيذى

باسم هيئة العاملين فى مستشفى " نورث ويك بارك "

الشكل رقم (٩-٢٣) : ميثاق عملاء شركة

" كومت الكهربائية Comet Electrical Suppliers"

ميثاق عملاء شركة " كومت "

إن هدفنا هو مساعدتك على القيام بالاختيار الصحيح وضمان أن تظل راضيًا عن صفقتك .

معلومات عن الإنتاج

كل منطقة إنتاجية لها انعكاس معلوماتها الخاص بها ، والذى يشرح معالمها الرئيسية ، والأمثلة التى توضح ذلك متوافرة حيثما أمكن ذلك .

وعد بالأسعار

إذا اشتريت أى منتج من " كومت " ثم وجدت خلال ١٤ يومًا العَرْضَ ذاته يباع محليًا بسعر أدنى ؛ فنحن مستعدون لدفع الفرق بين السعرين ، بالإضافة إلى (١٠٪) من ذلك الفرق .

ضمانات موسعة

كل القطع والأعمال متضمنة ولا يترتب عليك أن تتعرض لإزعاج الدفع للمهندس من أجل التصليحات والمطالبة باستعادة ما دفعت .

خدمة التسليم

يمكن اتخاذ الترتيبات من أجل التسليم فى الصباح أو بعد الظهر برسم بسيط ، وتستطيع معظم المخازن أيضًا أن تتخذ الترتيبات للتسليم فى المساء. وعند التسليم سوف نرفع جهازك القديم (مقطوع التمديدات) إذا رغبت .

التبديل خلال أربعة عشر يومًا

إذا كان المنتج غير مناسب فأعده ، ببساطة ، خلال (١٤) يومًا - مثلما كان ، جديدًا فى عبوته الأصلية - وسوف نبدله بمنتجٍ مكافئٍ له فى القيمة ، أو نعيد إليك نقودك إذا فضلت ذلك .

خدمة ما بعد البيع

نحن نريد لك أن تستمتع بالاستخدام المستمر لأى منتج . ولما كنا نملك أكبر عملية خدمة مكرسة فى البلاد ، مزودة بهيئة عاملين من مهندسينا ذوى التدريب الكامل ، فإن فى وسعك أن تكون واثقًا من الاهتمام المتخصص إذا ما اقتضت الحاجة . وإذا لم يكن من الممكن إصلاح المنتج خلال الاثنى عشر شهرًا الأولى فسوف نعوضك بمنتج جديد .

الاستفسارات الهاتفية

سوف تجد رقم الهاتف واسم مدير المخزن فى استقبالك إذا ما واجهتك أى مشكلات أو خطرت ببالك استفسارات أخرى حول صفقتك .

الرضا الكامل للعميل

إن هدفنا هو إرضاء العميل تمامًا ، وإذا أخفقنا فى تحقيق هذا ، فالرجاء إبلاغنا خطيًا على العنوان التالى :

Peter McTague
Customer Services Director , Comet Group PLC
George Street , Hull HU 13 AU

الفصل العاشر

تثبيت الالتزام بإدارة الجودة الشاملة

مع زيادة الوعى الخاص بنظم إدارة الجودة عند أولئك الذين يقدمون الرعاية الصحية ، وتوقع مشترى الخدمة فى المنطقة أن تبادر المستشفيات ومرافق الخدمات المجتمعية التى تقدم الخدمة إلى ترسيخ إدارة الجودة داخل مواصفاتها الخاصة بالخدمة ؛ فقد بدأت معظم الوحدات فى التخطيط للجودة الشاملة . ويوجد من هذه الوحدات ، بعض المرافق التى سارت (١٨ إلى ٢٤) شهراً فى طريقها نحو الجودة الشاملة .

ومثلما هو الحال فى كل مرافق خدمات القطاع العام فى المملكة المتحدة ، تحاول خدمات الصحة الوطنية الارتقاء بجودة الرعاية والخدمة نحو مستويات أعلى عن طريق زيادة توجيه عملائها. وعلى كل حال فقد واجهت هذه المرافق التى تنفذ الجودة قضية أساسية فى العملية ذات المدى الطويل التى تبشر بالنجاح أو الإخفاق فى تحقيق فوائد إدارة الجودة الشاملة ، ما دامت تتوقف على الكيفية التى تتناولها بها .

وهذه القضية هى المقدرة على ضمان استمرار التزام كل أفراد هيئة العاملين بعمليات تحسين الجودة فى تقديم الرعاية الصحية ، بعد أن يتم الشروع فى ذلك .

وتختلف وحدات مقدمى الرعاية اختلافًا كبيراً فى شمولية إستراتيجياتها من أجل تحسين الجودة ؛ إذ تتوقف إلى حد بعيد على جودة أساليب ضمان الجودة ، والمعايير المهنية التى تكرس الوعى الخاص بالتدقيق السريرى وتُنَمِّيه . وقد بادرت بعض الوحدات ، بما فى ذلك الكثير من إدارات مشاريع الإيضاح الممولة من قبل التمويل الصحى ، إلى صياغة مفاهيم تربطها بنماذج إدارة الجودة الشاملة المطبقة خارج إطار الرعاية الصحية .

وتتوقف الرؤية المبدئية للجودة الشاملة فى الرعاية الصحية على وعىٍ والتزام بالقيم الثقافية الملازمة للإدارة الناجحة للجودة الشاملة ، التى يمكن ضمان استمرارها ، كما هى موضحة مرةً أخرى فى الشكل (١٠- ١) .

وسوف يعترف معظم المديرين والسريريين (من أطباء وممرضات وآخرين من القائمين بالمعالجة) بالطبيعة الجوهرية لهذه القيم . وعلى كل حال فهى تتباين من حيث تطبيقها السلوكى/العملى ، وتماسكها واتساقها فى التطبيق . ويعد التدقيق الأولى فى مواقف هيئة العاملين وما يعقب ذلك من إضفاء الطابع العملياتى أو التشغيلى الصريح على تلك القيم ، وكيف أنها تتعلق ، وبطريقة عملية ، بالرعاية اليومية للمريض ، وبأنها من الأمور الحاسمة ، يعد ذلك مسألةً فى تلك المسائل .

على أن الجانب الأكثر إثارة للجدل فى هذه القيم ، هو ذلك الجانب الذى يربط تحسين الجودة بخفض تكاليف الرعاية الصحية . ثم إن التوتر القائم بين الحاجة الملموسة إلى تمويل إضافى لتحسين الجودة (بالإضافة إلى كمية الرعاية وإجراءاتها) والخفض الممكن للتكاليف الناجم عن التحسينات فى الجودة - يحتاج إلى فهم واضح ، وإدارة بالغة الدقة ، والحذر بالنظر إلى الضغوط الكبيرة ، والآمال العامة المعلقة على القائمين بالرعاية المباشرة للمريض .

كما أن هذه الرؤية تتوقف أيضاً على أنموذج واضح وشامل لإدارة الجودة الشاملة وتنفيذها . وهو النموذج الذى يمكن تطبيقه ضمن وضع معين للرعاية الصحية ، ويمكن أن يُنظَر إليه على أنه وثيق الصلة بالموضوع من قبل أعضاء هيئة العاملين السريريين واللاسريريين ، على حدٍ سواء ، وقد سبق أن أوجزنا المقومات الأساسية لمثل هذا الأنموذج .

وربما كان فى وسع وحدات القائمين بالرعاية ، التى تقوم الآن بتطبيق إدارة الجودة الشاملة ، سواء فى إطار المستشفى أم فى إطار المجتمع المحلى ، أن تقارن بين نماذجها الخاصة وهذا الأنموذج لتحقيق شموليتها .

وقد تم استكشاف خطة التنفيذ أو التطبيق هذه من خلال هذا النص الذى يوضح الخطوات العديدة التى تؤدى إلى جودة الرعاية الصحية ، المبينة فى الشكل (١٠-١)

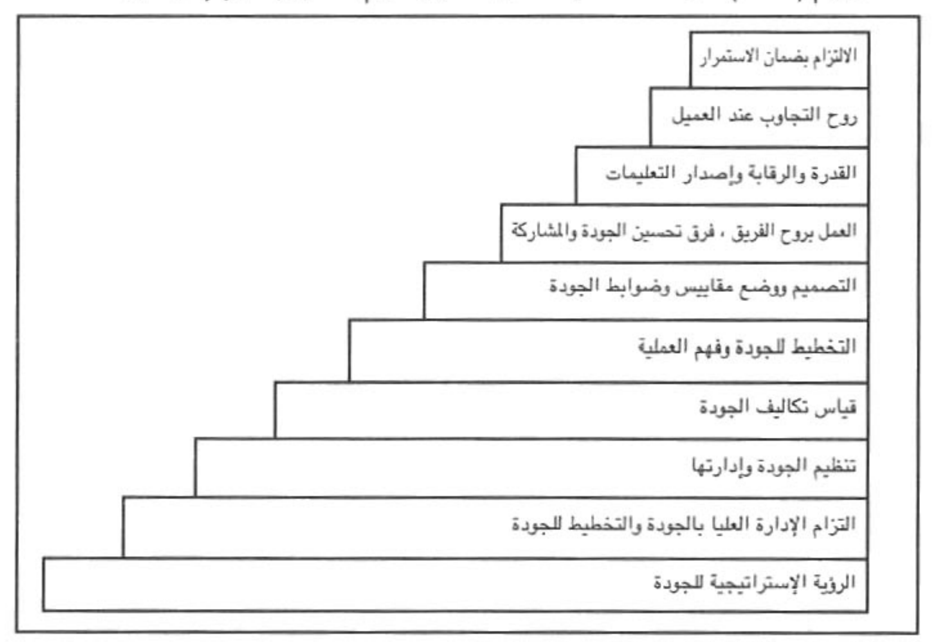
وهذه الخطوات ليست مماثلة تماماً لما ينص عليه الترتيب الهرمى الوارد أدناه مع كون بعض الخطوات على المستوى ذاته فى الحقيقة ، أى أنها تحدث فى وقت واحد .

وقد علمتنى خبرتى الناجحة فى العمل مع وحدات تقديم الرعاية فى أنحاء المملكة المتحدة وفى الخارج ، أن ليس من الصعب كثيراً الحصول على استجابة مبدئية إيجابية من مرفقٍ ما حيال تكريس إدارةٍ للجودة الشاملة . على أن الجزء الأكثر أهمية هو كيف يستطيعون المحافظة على استمرار عملية إدارة الجودة الشاملة بعد تكريسها .

وقد تم تحديد عشرةٍ من المقومات الأساسية فى وحدات مقدمى الرعاية الصحية ، إذا عولجت ، أمكنها أن تكون ذات عونٍ فى ضمان استمرار التزام هيئة العاملين ، والحفاظ على الزخم الأولى الذى نجم عن إدخال نهج أو أسلوب إدارة الجودة الشاملة . وهذه المقومات هى :

- الحفاظ على التزام الإدارة العليا وكبار السريريين .
- ممارسة التواصل الكلى .
- القياس والتدقيق .
- التأكيد على النتائج الملموسة .
- تكامل رصد النشاط الطبى والتمريضى مع مراقبة الجودة ، وتطبيق كليهما على إستراتيجية الشراء .
- إدخال مفهوم وضع العلامات الإرشادية وممارسته .
- المراجعة المستمرة لبنية أو هيكل الجودة .
- التدريب والتعليم .
- تحديد الحواجز والعقبات والتغلب عليها .
- التحول المستمر فى ثقافة الوحدة نحو الرؤية الخاصة بإدارة الجودة الشاملة .

الشكل رقم (١٠- ١) المقومات الأساسية لضمان استمرار التزام العاملين بأسلوب إدارة الجودة الشاملة



الحفاظ على التزام الإدارة العليا وكبار السريريين :

لكى تكون إدارة الجودة الشاملة فى الرعاية الصحية فعالة ، ولكى يتم اشتقاق الجودة منها ؛ فلا بد لها أن تكون قيادتها من الأعلى وتغذيتها من الأسفل . ولابد لكبار المسؤولين التنفيذيين وأعضاء المجلس التنفيذى فى الوحدة (أى المديرين العامين والاستشاريين السريريين/ والمديرين السريريين) أن يتولوا القيادة من الأعلى ، عن طريق القدوة ، والموقف ، والأفعال . ولا بد لهم أن يمنحوا الدعم الكامل للآخرين الذين يركزون جهودهم على الخدمات المعنية السريرية وغير السريرية .

وقد أبلغ عن غياب الالتزام على صعيد الإدارة العليا عند (٩٧) من (١٠٠) مؤسسة فى المملكة المتحدة تم مسحها مؤخراً من قبل شركة " أو . دى . أى ODI" عام ١٩٩١م . وقد عُدَّ ذلك كأحد الحواجز الأكثر بروزاً ودلالة فى وجه تطبيق برنامج للجودة . وفى وسع نظام الخدمة الصحية الوطنية ووحدات مقدميها أن يتعلموا من هذا ومن كثير من

الدراسات الأخرى المماثلة التى استشهدنا ببعضها فى مواضيع سابقة من هذا النص ، وأن يتأكدوا من أن تلك الإدارة العليا والسريريين يحصلون على تدريب على الجودة العالية وعلى نصائح بهذا الصدد للمساعدة على ضمان التزامهم المستمر بالأقوال والأفعال على حد سواء .

ويتمثل التحدى بالنسبة إلى كل من هاتين الفئتين بالعمل المستمر فيما يلى :

- تعريف طرق تقديم الرعاية الصحية الناجحة وتحديدها ، بمعنى القيمة المضافة ، وذلك من خلال تلبية متطلبات الجودة للمرضى ولسائر العملاء .
- استعراض رؤية واضحة ومتبادلة للجودة ونمط الالتزام بها وإعادة صياغتها بهدف تحقيق تلك الرؤية .
- حفز الأعضاء الأساسيين فى هيئة العاملين ، ومكافأتهم ، وتطوير كفاءتهم فى مضمار الالتزام بالجودة .
- وضع النظم وتصميم التقنية لدعم تحسين الجودة والإدارة .

ومن الخطوات العملية لضمان فهم وحدة مقدمى الرعاية لالتزام الإدارة العليا بالجودة محاكاة "دافيد أونيل فى ترافورد David O'Neil in Trafford 1992" ، الذى يصف خطته للهجوم التى يظهر فيها ، على نحو منتظم ، فى مقدمة مجموعة كبيرة من هيئة العاملين ، ويناقش الالتزام ببرنامجها الخاص بإدارة الجودة الشاملة ، ذاكراً أربعة أسباب لها أهميتها :

- تهدئة بواعث القلق عند هيئة العاملين - إذ سبق إجراء مقابلات مع الكثيرين منهم ، كما سبق أن ذكرنا ، وكانوا يتساءلون عما كان يجرى .
- إنشاء إطار متقدم للبرنامج .
- أن يوضح ، للناقدين الساخرين ، أن هذا ليس " جهداً بغير طائل " أو مجرد " نكهة فى الفم " بل هو شىء وجد من أجل تحقيق منفعة .
- لأواصل إيضاح التزامى بالمثول بين يدى هيئة العاملين والحديث إليها عن خططنا .

التطبيق العملى للاتصالات الشاملة :

يجب أن يتمثل المعنى الأساسى لكلمة كلى (Total) فى مشاركة هيئة العاملين فى العمل - لا مجرد مشاركة بعض العناصر فيها ، مثل الملتزمين ، والمتحمسين ، بل كل أفرادها. ويترتب على بعض الواعدين بدرجة أقل ممن عداهم ، من هيئة العاملين ، تقديم إسهامات هائلة لنهج أو أسلوب إدارة الجودة الشاملة ، وإن كانوا غير واعدين فى بعض الأحيان ، ومن أمثال هؤلاء :

- الأطباء من أهل الرأى والجدل : يستطيعون أن يشاركوا بخبراتهم الحميمة المتصلة بالمرضي والممارسين العامين ، وأن يستخدموا قدراتهم لتقديم إسهاماتهم فى نهج إدارة الجودة الشاملة - وهو المحصلة المرغوبة فى أية مبادرة تتعلق بالإدارة .

- الممرضات المجتهدات : وهن تلكم اللواتى ينهضن بالعبء الأكبر فى الأجنحة التى تتعرض للتوسع المفرط ، ويستطعن استخدام تجربتهن اليومية (والليلية) لتحقيق الموازنة بين الكم والكيف والتكاليف فى الرعاية الصحية بطريقة متلائمة مع الهدف المرسوم .

- المديرون غير المتحمسين : يستطيعون أن يحولوا مواقفهم المتمثلة فى قول الواحد منهم : " لقد رأيت هذا كله من قبل " ، وينزلوا تفسيراتهم المفرطة فى الخيال بصدد إدارة الجودة الشاملة ، إلى مستوى أكثر واقعية وأقرب إلى مجال التطبيق العملى على عالم الإدارة التشغيلية المتسم بزحمة العمل البالغة .

- هيئة العاملين المساعدة التى لا تجد ما يحفزها : تستطيع هذه الهيئة أن تذكر كبار المديرين والهيئة الطبية والتمريضية بأن سنوات قلة التقدير وعدم التفويض ومنح الصلاحيات من قبل كبار الزملاء ، إذا ما تجاوزنا الأجور القليلة ، يكون لها تأثير فيما يتعلق بالتشجيع لأى شخص .

أما أهمية التواصل الفعال فمسألة تتم المشاركة فيها ، مرة أخرى ، مراراً وتكراراً فى منشورات أنموذج كيفية تطوير إدارة الجودة الشاملة - ومع ذلك ففى الإدارة الموجودة فى الحياة اليومية يعد من المدهش عدم تحقيق التواصل الكلى ، بل عدم محاولة تحقيقه بسبب قولهم :

" لن نصل أبدًا إلى كل أفراد هيئة العاملين" .

- إنهم لا يحضرون الاجتماعات جميعًا .

- لن يهتموا بالمسألة جميعًا .

ويغدو أعضاء هيئة العاملين ذوو الإطلاع الحسن ، مهتمين ، متحفزين ، كما يغدون هم الحَمَلَةُ النموذجيون (بالمعنى الحرفى للكلمة) لإدارة الجودة . ومن المهم أن ينهض المرء بعبء ضمان وصول كل جزء من أجزاء رعاية الجودة الشاملة إلى كل أعضاء هيئة العاملين المستهدفين بهذه الرسالة على النحو الملائم . وفى نهاية اليوم يجب تفقد أعضاء هيئة العاملين بموجب قائمة لتضمن أنك وصلت إليهم جميعًا .

القياس والتدقيق :

تعد المستشفيات ومقدمى رعاية صحة المجتمع من المنظمات بالغة التعقيد. ومن الصعب جداً أن يلقى المرء نظرة عامة شاملة على جودة كل الوظائف ذات العلاقة بهذا. ولا بد للوحدة أن تطور وظيفة القياس والتدقيق عندها بصورة مشتركة بحيث يكون القائمون بمراقبة الجودة فى الموضع الصحيح فى كل أنحاء الوحدة .

ويصف " ويلسون Wilson 1987 " هذا النهج وصفًا محكمًا من خلال مستشفى معين ، كما فى الشكل (١٠- ٢) ، والذى يعكس القياس المعتبر والمراجعة والتدقيق الذى يحدث . ويوجد لدى معظم مستشفيات الخدمة الصحية الوطنية برامج شاملة على نحو ملائم ، غير أنها ليست منسقة ، ولا واضحة بصورة جلية مثلما يشير هذا البرنامج إلى ما يمكن أن تكون عليه .

الشكل رقم (١٠- ٢) وضع مراقبى الجودة فى الموضع الصحيح

وضع مراقبى الجودة فى الموضع الصحيح

أ. الإدارة المالية :

- تقارير شهرية عن سير التشغيل ترفع إلى كل من المدير التنفيذى للوحدة واللجنة المالية .
- تسوية الحسابات يوميًا / أسبوعيًا / شهريًا .
- التدقيق السنوى ونصف السنوى بما فى ذلك التقرير التنفيذى المرفوع للإدارة .
- التأكد من دقة جدول الرواتب (كل أسبوعين) .
- تدقيق نظام الملف الرئيسى .

ب. قسم شؤون الموظفين :

- التدقيق فى مسألة تعيين الموظفين - من جانبى السرعة والملاءمة .
- تسجيل المنافع .
- مراجعة برنامج تقويم أداء العاملين على نطاق المستشفى .
- التدقيق فى قواعد وضوابط قانون التوظيف .
- تحليل المظالم والشكاوى المقدمة عن طريق الاتحاد (المهنى المختص) .

جـ. قسم السجلات الطبية :

- التعداد الشهرى لنماذج السجلات الطبية غير المكتملة .
- الشكاوى من النماذج غير المتوافرة .
- مراجعة وتدقيق أعمال نسخ البيانات الطبية/ونواقص النماذج/وترميز البيانات الطبية وأساليب إعداد الملخصات من واقع السجلات الطبية .
- المراجعة والتدقيق الخارجى للسجلات - من قبل لجنة تحسين السجلات الطبية للمستشفى .

تابع – الشكل رقم (١٠ – ٢) :

د. مكتب إدخال المرضى :

- التدقيق المتزامن فى إجراءات الدخول (أخذ عينة عشوائية) .
- مراجعة دقة قوائم حالات الدخول والمغادرة والإحالة .
- تقويم نظام الخروج / والإحالة .

هـ. قسم الصحة والسلامة المهنية :

- تدقيق مطالبات مجلس تعويضات العمال .
- عمليات التفتيش المتعلقة بالسلامة (أسبوعيًا وشهريًا) .
- عمليات التفتيش من قبل وزارة العمل .
- التحقيق فى حوادث المستخدمين ، والحوادث المرتبطة بالوقت الضائع أو المهدر .

و. قسم مراقبة العدوى :

- التقصى عن حالات العدوى المبلغ عنها .
- تحليل حالات العدوى المكتسبة من المستشفى وتلك المكتسبة من المجتمع المحلى (أى من خارج بيئة المستشفى) .
- التدقيق فى إجراءات التعقيم والتطهير .
- رصد ومراقبة كفاءة أجهزة ومعدات تعقيم المهام متعددة الاستخدام .

ز. قسم التدريب وتعليم الموظفين :

- تقويم البرامج/ قائمة حضور البرنامج .
- التقييم المرتكز على الكفاية والكفاءة/ فعالية البرنامج – والمرتكز على الحوادث العرضية .
- إعادة التصديق للمهام المفوض بها القسم .

تابع – الشكل رقم (١٠ – ٢) :

حـ. قسم المعالجة النفسية :

- تدقيق النماذج ومراجعتها .
- التدقيق فى تقارير تقييم الحالات النفسية .
- تحليل حجم أو عبء العمل : ساعات الرعاية المباشرة فى مقابل ساعات الرعاية غير المباشرة .

ط. قسم الهندسة :

- سجل حالات تعطل الآلات عن العمل .
- نوعية الهواء (فى الشتاء) .
- كفاءة الغلاية (النسبة المئوية) .
- كفاءة نظام التدفئة (النسبة المئوية) .
- اختبار التيار الكهربائى المستخدم فى الحالات الطارئة .
- المعالجة الكيميائية لنظام الإمداد المائى .

ى. قسم الصيانة :

- برنامج الصيانة الوقائية .
- رصد ومراقبة نظام متطلبات الصيانة .
- عمليات التفتيش الأسبوعى لأعمال الصيانة .
- تفتيش " أونتاريو هيدرو Ontario Hydro" العشوائى للعمل الجديد .
- عمليات التفتيش الخارجى .

تابع – الشكل رقم (١٠ – ٢) :

ك. قسم إدارة المواد :

- تسوية متطلبات الشراء من أجل عمليات التسلُّم (أسبوعيًا) .
- إجراء مسح حول رضاء العميل .
- مراقبة المخزون أسبوعيًا (تفقد مستوى المخزون) .
- التدقيق فى طلبات المتابعة .
- التدقيق فى نظام الحصص النسبية .

ل. قسم الأعمال الخدمية :

- التفتيش الأسبوعى .
- متابعة دقة تنفيذ العقد الخاص بمكافحة الحشرات والقوارض .
- وضع مراقبى الجودة فى الموضع الصحيح .

م. قسم التغذية العلاجية وخدمات الطعام :

- مراجعات القوائم الغذائية (إجراء دراسات استرجاعية وأخرى لجداول التغذية تبعاً للحميات الغذائية المختلفة) .
- مراجعة قوائم الأغذية .
- إجراءات تدقيق صينية الوجبة الغذائية قبل إرسالها إلى المريض المنوم .
- تدقيق مرتجعات صينية الوجبة الغذائية (وبخاصة للوجبات العلاجية) .
- رضا المريض عن الوجبات الغذائية المقدمة/دراسة الاستبانات/وكذلك دراسة خلاصة المقابلات التى تجرى مع المرضى حول وجهات نظرهم عن الوجبات المقدمة .

تابع – الشكل رقم (١٠ – ٢) :

- دقة مواعيد الانتهاء من إعداد الطعام .
- عمليات التفتيش الصحى اليومية للتأكد من سلامة تخزين الأطعمة وتداولها وتحضيرها وطرق تقديمها .
- تفتيش وحدة الصحة العامة للمطبخ .
- تقييم الأطعمة الجديدة .
- التأكد من ملاءمة درجات حرارة حفظ الأطعمة .
- إجراء تقديرات لفعالية وكفاءة خط تجهيز صوانى الوجبات الغذائية .

ن. قسم الخدمة الاجتماعية :

- إجراء مراجعات دقيقة لدفتر سجل الحالات الاجتماعية (بصورة استرجاعية ، بما فى ذلك مراجعة وتدقيق النماذج المستخدمة) .
- تدقيق مراجعة الأنداد (أو النظراء) للحالات الاجتماعية .
- مسح لرضا المريض .

س. قسم الخدمات الدينية :

- مراجعة نشاط استدعاء العاملين عند الطلب .
- مراجعة الأعداد فى أماكن العبادة (المصلى) ، وكذلك لعدد الحالات التى قدمت لها الإرشادات الدينية .
- تقارير عن برامج التوعية المقدمة لكل من الطلبة الخارجيين وللمرشدين والمحتسبين ممن يعملون فى مجال الدعوة والإرشاد .

ع. قسم العلاج الطبيعى :

- نتائج المريض العلاجية : مقارنة الحالة عند الإدخال وعند الخروج .

تابع – الشكل رقم (١٠ – ٢) :

- مراجعة نماذج تقييم الحالة الصحية .
- تدقيق النماذج المستخدمة (بصورة استرجاعية) من حيث :
  ١- دقة التدوين .
  ٢- مدى تصويرها لدقة الرعاية المقدمة .
- دراسة الاستبانات الموزعة على المرضى ذات الصلة بوجهة نظرهم عن الخدمات المقدمة فى القسم .

ف. العلاج المهنى (أو الوظيفى) :

- اعتماد "هيئة وكالة العلاج المهنى COTA" للقسم من أجل تعيين طلبة العلاج المهنى لإكمال فترة تدريبهم العملى فيه .

ص. جاهزية وحدة الإطفاء :

- التمرين الشهرى على مكافحة الحريق/ الجاهزية والاستعداد الدائم للاستجابة لتمرينات مكافحة الحريق .
- الرصد الشهرى لمعدات الإطفاء ونظم الإنذار .
- التفتيش الخارجى نصف السنوى لمبنى المستشفى من قبل وحدة الإطفاء التابعة للدفاع المدنى .

ق. قسم الأشعة :

- حملات التفتيش للقسم من قبل فرع الوقاية أو الحماية من الإشعاع التابع لوزارة الصحة .
- معدلات الرفض / الحماية .
- دقة تقارير نتائج الفحوص الإشعاعية وإنهاؤها فى الأوقات المتفق عليها تبعًا لنوعية هذه الفحوص/ إضافة إلى مراجعة صحة الإملاء الطبى .

تابع – الشكل رقم (١٠ – ٢) :

- مراجعة أوقات انتظار المرضى .
- التفقد المفاجئ لمكتبة حفظ الأفلام .
- مراجعة لفترات التوقف والانقطاع .
- مراجعة قياس الجرعة .
- التفقد لجهاز المعالجة التلقائى (الأوتوماتيكى) .
- مراجعة إحصاءات القسم الشهرية .

ر. قسم المختبرات :

- برنامج اختبار البراعة والتقدم فى الفحص المخبرى .
- الحوادث العرضية – المبلغ عنها داخليًا ، وعن طريق القسم الخارجى .
- أوقات الجولات على وحدات الفحوص المخبرية المختلفة .
- أوامر الفحوص الموجهة للمختبر من قبل الأطباء المعالجين .
- بيانات مراقبة الجودة .
- مراقبة برنامج الصيانة الوقائية لأجهزة ومعدات المختبر .
- مسوحات مرئيات الأطباء والمرضى حول الخدمات المقدمة .

ش. قسم الصيدلية :

- الأخطاء فى صرف الأدوية .
- التأخير فى صرف الأدوية .
- التفتيش الأسبوعى – فى الصيدلية و / أو الوحدات التابعة لها – وإعادة المخزون إلى مستوياته المقررة .

تابع – الشكل رقم (١٠ – ٢) :

- الرقابة على الأدوية المقيدة (وبخاصة المخدرة منها) .
- مراجعة استعمال الأدوية .

ت. قسم التمريض :

- التدقيق المتزامن للتمريض .
- مراجعة مقاييس وضوابط ممارسة التمريض .
- تحليل الحوادث العارضة مرة كل ثلاثة أشهر .
- نظام إدارة عبء أو حجم العمل للتمريض : الاتساق والمناسبة .
- التدقيقات أو المراجعات الصغيرة ، مثل :
- توثيق الاستجابة للعلاج حسب ما تتطلبه الظروف .
- توثيق تعليم المريض واستجابته .
- مدى اكتمال نموذج ملاحظات المرضات حول التاريخ المرضى للمريض .
- خطط الرعاية التمريضية (المتداولة) .

تأكيد النتائج الملموسة :

من فوائد إيصال رعاية صحية فعالة عن طريق تبنى نهج أو أسلوب إدارة الجودة الشاملة ما يلى :

- اتساق أكبر فى الرعاية والخدمة المقدمتين .
- الارتقاء بمقاييس الرعاية وضوابطها .
- خفض الأخطاء .
- مزيد من الثقة بهيئة العاملين .

- تبادل أفضل للأفكار والآراء بصدد ما هو متوقع وما هو متوافر .
- فهم أفضل لوجهات نظر المرضى وهيئة العاملين . "

**** يضاف إلى ما سبق النتائج الملموسة الآتية :**

*** زيادة درجة رضا المريض :**

- تعظيم قيم الرضا الكلى للمريض للخدمات المقدمة .
- تحسُّن فى العلاقات مع العميل .
- مزيد من فعالية الرعاية والخدمة المقدمتين .
- قدر أكبر من سهولة الحصول على الخدمة والراحة والتلاؤم .
- مزيد من مشاركة المريض فى الرعاية الخاصة به .

*** درجةٌ أعظم من الفعالية التنظيمية :**

- وجود المقاييس (والمعايير المرتبطة بكل منها) واتساقها وتماسكها .
- رفع مستوى المقاييس .
- زيادة اتساق المقاييس والتوافق معها .
- إدارة متكاملة للموارد (من ناحية الكم والنوعية والتكلفة) .
- الحصول على مزيد من حصة سوق (المرضى) متى كان ذلك ممكناً .
- التغير الثقافى (تجسد الجودة فى التوثيق ، والسياسات ، والحث ، والتدريب) .
- مشاركة كل فئات هيئة العاملين ، والحد من الحواجز بينهم .

*** زيادة درجة رضا هيئة العاملين :**

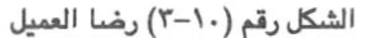
- خفض معدل ترك العاملين للعمل .

- خفض معدل الإجازات المرضية وإجازات الغياب .
- تحسُّن تدريب هيئة العاملين وأحوالهم .
- وضوح أكبر فى صورة الوظيفة وفى الرضا الناجم عنها .
- مزيد من الوقت لاستخدام مهارات المتخصصين .
- تقدير أعظم من قبل الآخرين .
- تحسُّن التواصل بين أفراد هيئة العاملين .
- زيادة التلاحم بين أعضاء الفريق .

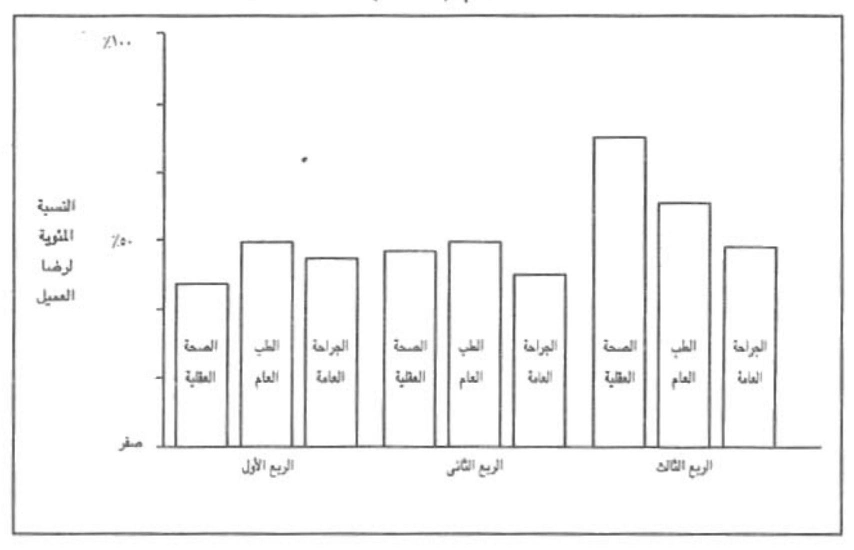
*** خفض تكاليف الجودة وزيادة قيمة المال المستثمر :**

- الانخفاض فى تكاليف الإخفاق أو التقصير أو الفشل .
- المزيد من التفتيش والرصد الملائمين .
- ارتفاع قيمة التكاليف الوقائية .
- تحسين مستوى التحكم فى الميزانية .

ويعد رضا العميل المفتاح لإدارة الجودة الشاملة الناجحة ، على الرغم من أنه لا يَعْدو أن يكون مجرد متغير واحد من بين متغيرات عديدة . وعندما تستطيع وحدة من وحدات مقدمى الرعاية أن تعكس التحسن فى معدلات رضا العميل من جانب كل مديرية ، أو موقع ، أو خدمة ، من المحتمل أن تكون إدارة الجودة الشاملة فى موضعها المناسب . انظر الشكل رقم (١٠- ٣) .



الشكل رقم (١٠-٣) رضا العميل



وتتمثل أكثر الطرق فعالية فى تقييم برنامج إدارة الجودة الشاملة فى مقارنة أداء مستشفى من مستشفيات الجودة الشاملة أو مرفق من مرافق الخدمة المجتمعية بمرافق أخرى من حيث المتغيرات التى تم استعراضها أعلاه ؛ إذ يفترض أن يكون مرفق إدارة الجودة الشاملة أفضل بدرجة كبيرة من الحد المتوسط الموجود فى هذه القياسات . ويفترض فى هذه النماذج من الفوائد أن تكون ممكنة التحقيق ، لا على فترات تمتد على سنتين ، بل ضمن فترة ستة أشهر من بداية البرنامج . والتحسن فى الجودة قابل للقياس : فلتركز على قياسات أساسية قليلة من القياسات التى تتمركز حول المريض ولتقارن مرفقك بمرافق أخرى مماثلة ، مع التركيز بوجه خاص على جانب التنافس . ومن الخصائص الأكثر شيوعًا فى برنامج ناجح من برامج الجودة الشاملة ، التأكيد على النتائج الملموسة . والتغير الثقافى له دور أساسى ، كما يعد طويل الأجل . ومن الأمور الأساسية أثناء تحويل الثقافة أن يتوجه المرء نحو النتائج المبكرة لتدعيم التغير الثقافى والمواقف الثقافية والقيم الأساسية الخاصة بتحسين الجودة .

دمج مراقبة النشاط السريرى مع مراقبة الجودة :

أما على الصعيد الإستراتيجى فقد سبق أن ذكرنا أن سياسة إدارة الجودة الشاملة لا بد أن تكون متكاملة كل التكامل مع نهج أو أسلوب التخطيط الشامل لمشروع الوحدة . ولن يكون من المجدى الفصل بينهما . وعلى النحو ذاته ، وعلى المستوى التشغيلى ، حيث يلتقى الأطباء والممرضات والمديرين لمناقشة الأداء المستمر للخدمات المقدمة للمرضى فى الجناح ، على مستوى التخصص أو على مستوى المديرية ، يعد من المهم تحقيق الاندماج بين المتغيرات التالية :

- النشاط السريرى ، والإمكانات الموظفة ، والتسهيلات (الأسِرّة ، أماكن العناية اليومية ، العيادات الخارجية) .
- تكاليف هذا النشاط .
- الجودة الممكنة من أجل هذه الموارد .

والمسائل الأساسية لتحقيق هذا التفسير فهى كالتالى :

- توافر معلومات بسيطة ، وسليمة ، يمكن الاعتماد عليها حول تكاليف النشاط والجودة .
- المعلومات حول الإنجاز الأعلى والإنجاز الأدنى فى نشاط شهرى أو ربع سنوى ، و/أو الأهداف المرتبطة بالتكلفة والجودة .
- إجراء متفق عليه ذو خاصية معينة لمعالجة الأهداف التى لم تتحقق .
- نهج أو أسلوب مُفَسَّر لأوقات الانتظار ، ولمبادرات المنتظرين مدة عامين ، ولقائمة الانتظار .
- إدراك نتائج تغيير التوازن بين الكمية والجودة والتكلفة ، ومناقشة ذلك. مثلاً ، عندما تزيد الكمية تنقص الجودة .

ويظهر الشكل (١٠-٤) بعض الأمثلة على المعطيات العملية البسيطة والمرتفعة التى تنطبق على هذه المسائل وحدها .

الشكل رقم (١٠– ٤) تحليل عَقْد

تحليل العَقْد لشهري إبريل ومايو ١٩٩٢ نشاط المرضى المنومين : كل العقود*																
التخصص	مستوى عدد المرضى حسب العقد	إبريل	مايو	يونيو	يوليو	أغسطس	سبتمبر	أكتوبر	نوفمبر	ديسمبر	يناير	فبراير	مارس	الإجمالي التراكمي	الإجمالي التراكمي المستهدف	مقدار الفرق
الجراحة	٦٤١٠	٤٩٧	٤٧١											٩٥٨	١٠٦٨	١٠٠-
أنف وأذن وحنجرة	١٤٨٥	٩١	١١٠											٢٠١	٢٤٨	٤٧-
جراحة العظام	٣١٠٨	٢٣٨	٢٣٣											٤٧١	٥١٨	٤٧-
المسالك البولية	١٩٦٤	١٦٣	١٦١											٣٢٤	٣٢٧	٣-
العيون	١١٩٦	٨٣	٨٤											١٦٧	١٩٩	٣٢-
جراحة الفم	٣٢٠	٥٠	٤٧											٩٧	٥٣	٤٤
الأطفال	٢٣٥٩	١٩٦	٢٠٨											٤٠٤	٣٩٣	١١
الحوادث والطوارئ	١٩٣٢	١٣٥	١٣٦											٢٧١	٣٢٢	٥١-
الأمراض الجلدية	١٧٦	٢٥	٢١											٤٦	٢٩	١٧
الطب العام	٧٧٠٧	٦١٨	٦٠٦											١٢٢٤	١٢٨٥	٦١-
أمراض الدم	٤٨١	٣٦	٤٦											٨٢	٨٠	٢
تسكين الآلام	٢١٤	٢٨	٢٢											٥٠	٣٦	١٤
الأمراض الروماتيزمية	٩٤٢	٣٣	٧٤											١٠٧	١٥٧	٥٠-
جراحة التجميل	٢٥٥٠	١٩١	١٩٧											٣٨٨	٤٢٥	٣٧-
عيادة الطفل السليم	٠	٣٩٩	٤٦٣											٨٦٢	–	–
أمراض النساء	٢٣٨٢	٢٣٦	٢٢٢											٤٥٨	٣٩٧	٦١
التوليد	٦١٠٠	٥٣٣	٥٩٧											١١٣٠	١٠١٧	١١٣
أمراض الشيخوخة	٢٩٧٥	٢٢٤	٢٠٨											٤٣٢	٤٩٦	٦٤-
عيادة الممارس العام في مجال التوليد	٨٩٠	٧٤	٨٦											١٦٠	١٤٨	١٢
الإجمالي العام	٤٣١٩١	٣٤٥١	٣٥٢٩											٦٩٨٠	٧١٩٩	٢١٩-

– ملاحظة : النشاط الخاص بالمرضى المنومين يمثل نشاط العقد السنوي مقسوماً إلى أهداف شهرية مباشرة مع بيان الإنجاز الأعلى والأدنى (ومقدار الفرق بينهما) .

تابع – الشكل رقم (١٠– ٤) تحليل عَقْد

فترات انتظار مرضى العيادات الخارجية من أجل مواعيد غير مستعجلة *
الوضع كما كان فى ٣١ تموز (يوليو) ١٩٩٢م

التخصص	الاستشارى	وقت الانتظار (بالأسابيع) فى الشهر السابق	وقت الانتظار (بالأسابيع)	تاريخ الموعد التالى غير المستعجل
الباطنية	د. آدم	٦	٨	٩٢/٧/٢٠
الباطنية	د. بيد	٦	١٠	٩٢/٧/١٠
الباطنية	د. كون	٥	٤	٩٢/٦/١٦
الباطنية	د. ديلى	٤	٦	٩٢/٧/٩
الباطنية	د. إلستد	٨	١١	٩٢/٨/١٤
الباطنية	د. فاينر	٤	٤	٩٢/٦/٢٦
أمراض الجهاز الهضمى	د. هون	٦	٦	٩٢/٧/٨
أمراض الجهاز الهضمى	د. إروين	٤	٦	٩٢/٧/٩
داء السكرى	د. جزنز	٥	٧	٩٢/٧/١٦
أمراض الشيخوخة	د. كنود	٤	٣	٩٢/٦/١٧
أمراض الشيخوخة	د. لاندر	٤	٤	٩٢/٦/٢٣
الجراحة	أ. د. ميلر	(٢٥)	(٢٤)	٩٢/١١/١٠
الجراحة	أ. د. نوروى	(٢٧)	(١٧)	٩٢/٩/٢١
الجراحة	أ. د. أورتون	(١٦)	(١٦)	٩٢/٩/١٤
الجراحة	أ. د. بيترا	١١	٨	٩٢/٧/٢١
الأطفال	أ. د. كوارتز	٤	٣	٩٢/٦/١٩
الأطفال	د. روسر	٤	٤	٩٢/٦/٢٢
الأطفال	د. شين	٤	٣	٩٢/٦/١٥
جراحة العظام	أ. د. تولر	(٤٦)	(٤٨)	٩٢/٤/٢٨
جراحة العظام	أ. د. أندرود	(٩١)	(١٠١)	٩٤/٥/٢
أنف وأذن وحنجرة	أ. د. فينر	(٢٢)	(١٨)	٩٢/٩/٢٩
أنف وأذن وحنجرة	أ. د. وينوود	(١٦)	(١٦)	٩٢/٩/١٨
أنف وأذن وحنجرة	أ. د. آلن	(١٤)	(١٦)	٩٢/٩/١٤
أنف وأذن وحنجرة	أ. د. بيكون	(١٧)	(٢٠)	٩٢/٩/٣٠
جراحة الفم	أ. د. كولردج	٦	٥	٩٢/٧/١
جراحة الفم	أ. د. دين	(٢١)	(٢٢)	٩٢/١٠/٣٠

– ملاحظة : إن فترات الانتظار للمواعيد غير المستعجلة (سهولة الحصول على الخدمة) تسمح بالتعرف على حالات المواعيد طويلة الأجل المبينة فى قوائم الانتظار (بين قوسين) من أجل عمل المزيد من المناقشات حولها واتخاذ الإجراءات بشأنها (حيثما يكون ذلك ملائماً) .

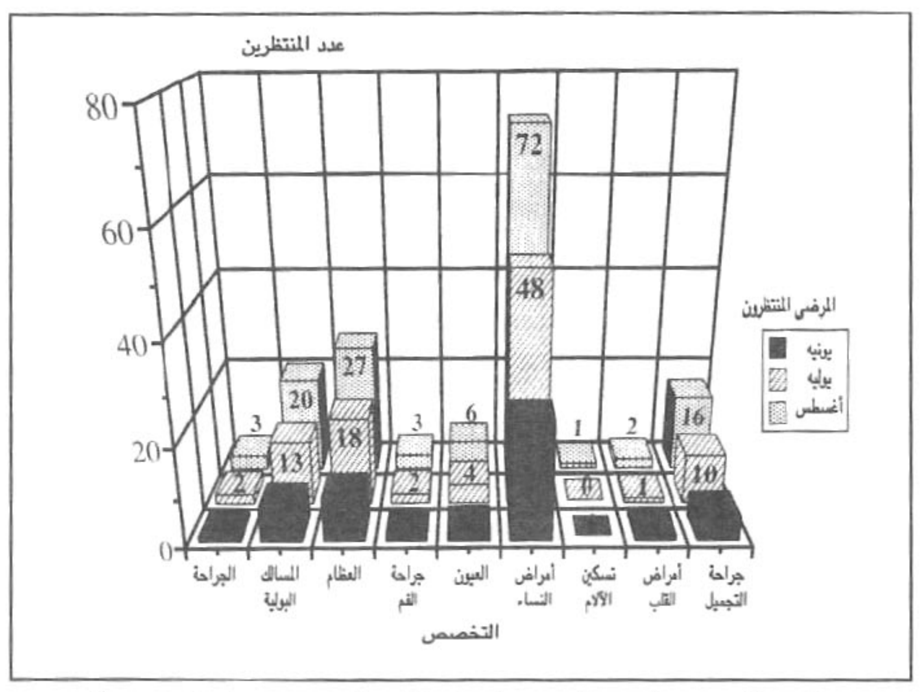
تابع - الشكل رقم (١٠- ٤) تحليل عقْد

تحليل قائمة انتظار للمرضى * الوضع كما كان فى ٣١ تموز (يونيو) ١٩٩٢م									
التخصص	عدد المرضى بموعد	عدد المرضى بدون موعد	الإجمالى	٠ - ٢	٣ - ٥	٦ - ٨	٩ - ١١	١٢ - ٢٣	٢٤ +
الجراحة العامة	٨٦	٨٥٠	٩٣٦	٣٦٧	٢٨٥	١٧٣	٨١	٣٠	-
أنف وأذن وحنجرة	١١٨	١٨٥	٣٠٣	٨١	٥٠	٢٩	٢٠	١٢٣	٢
جراحة العظام	٥٥	٦٢٨	٦٨٣	٢٤٨	١٢٨	١٠٨	٨٨	١١١	-
جراحة المسالك البولية	١٢٢	٣٢٢	٤٤٤	٣٠٠	١٠٠	٣٢	٦	٦	-
جراحة التجميل	١٥٣	٣٤٠	٤٩٣	١٧٣	١٦٦	١٠٧	٢٨	١٩	-
جراحة الفم	٣٢	٢٩١	٣٢٣	١١٥	٧٩	٣٩	٤٥	٤٥	٥٨
العيون	١٧٢	٨١١	٩٨٣	٢٦٥	١٣٧	١٥٠	١١١	٢٦٢	-
تسكين الألم	-	٩٠	٩٠	٤٦	٢٠	١٧	٦	٢	-
الباطنية العامة	٥	٧٢	٧٧	٤٧	١٨	٩	-	٣	-
الأمراض الجلدية	١٤	-	١٤	١٤	-	-	-	-	-
الأمراض الروماتيزمية	-	٩٣	٩٣	٧٤	١٩	-	-	-	-
أمراض النساء	٥	٢٤٥	٢٥٠	٩٧	٣٦	٣٢	٢٧	٥٨	-
إجمالى الوحدة	٧٦٢	٢٨٣٧	٤٥٩٩	١٧٨١	١٠١٨	٦٧٩	٤٠٦	٦٥٧	٥٨

- تحليل قائمة انتظار للمرضى من أجل إدخالهم (سهولة الحصول على الخدمة) : إن هذا التحليل يسمح بتحديد أعداد المنتظرين مدة (٢٤) شهراً فأكثر من أجل اتخاذ إجراء فورى بشأنهم ، إضافة إلى تحديد أعداد المنتظرين لمدد تترجح بين (١٢ إلى ٢٣) شهراً من أجل معرفة النمو فى أعداد المنتظرين مدة (٢٤) شهراً فأكثر على مدى الشهور الاثنى عشر التالية .

تابع - الشكل رقم (١٠- ٤) تحليل عَقْد

عرض النمو المتوقع فى أعداد المرضى على قائمة الانتظار لمدد تزيد على ٢٤ شهراً *



* عرض النمو المتوقع فى أعداد المرضى على قائمة الانتظار لمدد تزيد على (٢٤) شهراً (سهولة الحصول على الخدمة) : الجدول أعلاه يسلط الضوء على المنتظرين من (٢٠-٢٣) شهراً إلى مستوى (٢٤) فأكثر على مدى (٢-٣) من الشهور التالية .

ومن الأمور الأساسية أن نتعرف على أشكال التوتر العديدة التى توجد بين ما يلى :

- الزيادات فى النشاط (أو الزيادات فى النشاط الانتقائى) يُزيد التكلفة و/أو الجودة .
- الإجراء الانتقائى على مُنتَظِر مدة (٢٤) شهراً فأكثر ، يمكنه أن يؤثر على التنبؤ بالتكلفة وعبء العمل الوارد فى مرحلة متأخرة من السنة .
- الإجراء الانتقائى على منتظرين مدة (٢٤) فأكثر يمكنه أن يؤثر على المقدرة على التعامل مع الحالات المستعجلة .

- الزيادة فى نشاط العيادات الخارجية يمكنها أن تؤثر على الجودة فى تحديد مواعيد كل مريض من مرضى العيادات الخارجية على حدة .

المراجعة المستمرة لبنية أو هيكل الجودة :

إن المنظمات التى تشعر بالثقة فى سلامة هيكلها لمراقبة الجودة ، عددها قليل جداً . وهى تقوم بمراجعة الجوانب المختلفة لهيكلها ، على الأقل ، على أساس سنوى ؛ حيث إن أفكارهم تتطور ، وضغوط العمل تتغير ، ومتطلبات ومطالب العميل تتبدل .

ومن الأمور التى تتضمنها القضايا ذات الصلة بهيكل مراقبة الجودة الشاملة :

- قدرة الهيكل الإدارى على دعم إدارة الجودة الشاملة ، مثال : مدى صلة/ ونجاح أنموذج الإدارة السريرية ، أو أنموذج الإدارة فى الموقع ، أو أنموذج المستشفى / وأنموذج المجتمع المحلى للرعاية الصحية فى تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة فى كل منها .

- تناسب تركيب ونشاط المجموعة التوجيهية الرئيسية لتحسين الجودة .

- نجاح تنظيم الموارد البشرية فى مساعدة المديرين على تفويض الصلاحيات ودعم العاملين وتنمية قدراتهم ومهاراتهم .

- إستراتيجية ملائمة لإدارة الموارد ومساعدة المجموعة الطبية والتمريضية بأن يكون لديهم معلومات مناسبة عن استعمال الموارد .

- التكامل بين الطرق والوسائل الطبية المهنية وبين الطريقة العامة لإدارة الوحدة ككل .

- هيكل نظم الجودة .

- نظام الجودة الداخلى .

- الاعتماد .

- التصديق فى ضوء المادة (BS 5750) .

وهذه المسائل الهيكلية تحتاج إلى مراجعة متكررة لضمان تلبيتها للحاجات المتعلقة بالتنسيق ضمن إطار الخدمة .

التدريب والتثقيف :

تمثل الجودة الضئيلة أو الجودة الحسنة فى تقديم الرعاية الصحية انعكاسًا لقدرتنا على تدريب هيئة العاملين فى تحسين الجودة وتثقيفهم . والتثقيف والتدريب يؤثر على تقديم الخدمة ، ومن ثم فهو يحدث أثره فى رضا المريض .

وللتثقيف والتدريب معانٍ مختلفة غير أنها ضرورية كلها ، والشكل (١٠- ٥) يشير إلى الأدوار المختلفة التى يلعبها كل منهما على حدة : فالتدريب من أجل الجودة الشاملة فى تقديم الرعاية الصحية ليس مجرد نشاط لهيئة العاملين الوثيقة الصلة بالمريض ؛ إذ لا بد للإدارة العليا وكبار السريريين أن يكونوا بين أوائل من يجب تدريبهم على ما يلى :

- استيعاب عملية التغيير وكيفية إدارتها .
- اكتساب المهارات القيادية ، مثل الإدارة الذاتية ، وكيفية تفويض الصلاحيات للأفراد ، وتكوين الفريق .
- اكتساب مهارات تحسين الفعالية التنظيمية ، مثل تحليل العملية التنظيمية وتحسينها ، إضافة إلى اكتساب المهارات ذات الصلة بالتعامل مع العميل/ والمورد .
- اكتساب مهارات حل المشكلات ، وإدارة فرق التحسين ، واستخدام أدوات وتقنيات الجودة الشاملة .
- استيعاب مهارات التواصل بين العاملين لتمكينهم من تبادل وجهات نظرهم للوصول إلى رؤية مشتركة ، وليكونوا قادرين على التعامل مع عملائهم ومع الموردين لديهم بمزيدٍ من الفعالية .
- اكتساب مهارات التعليم والتدريب لتمكينهم من تطوير قدرات الأفراد وتنمية مهاراتهم .

المصدر: " سيث Seath" (1992)

الشكل رقم (١٠- ٥) : الأدوار المختلفة للتثقيف والتدريب

معدلة من سيث Seath (١٩٩٢م)

مجالات التثقيف	مجالات التدريب
- متطلبات وحاجات العملاء (مرضى ومشترين) . - الأداء الحالى لمقابلة المتطلبات . - رؤى وقيم جودة الرعاية الصحية . - محددات جودة خدمة الرعاية الصحية .	- إدارة عملية التغيير عند تطبيق نهج إدارة الجودة الشاملة . - المهارات القيادية (للاستشاريين والمديرين) . - العميل/ (محور التدريب فى هذا المجال هو) مهارات التعامل . - مهارات حل المشكلة ، ومهارات فريق تحسين الجودة . - مهارات الاتصال (الفعال) . - مهارات العمل بروح الفريق .
النتيجة المرغوبة = تنمية الوعى	**النتيجة المرغوبة = إجراء التحسين المطلوب**

هذا ، وسوف يكون للعاملين الآخرين ، فى الوحدة ، حاجات تدريبية شبيه بحاجات المديرين ، والتى يمكن مقابلتها من خلال عمل ورش تدريبية ، يتم التركيز فيها على تحديد عناصر **جودة الخدمة** . ويشترك بالتدريب فى هذه الورش ، بالعادة ، كبار المديرين ، ورؤساء الأقسام ، والاستشاريين ، والمشرفين ، ومسهلى الأعمال (أو المنسقين) .

ومن العناصر ذات الصلة بجودة الخدمة ، والتى يمكن التركيز عليها فى هذه الورش ، ما يلى [(١)] :

- الوثوقية : ثبات الأداء وموثوقيته .
- التجاوب : توافر الإرادة والاستعداد والرغبة عند العاملين لتقديم الخدمة على وجه أكمل .

(١) المصدر : Parasuraman, Zeithamel and Berry 1985,

- الجدارة : توافر المهارات والمعارف اللازمة لأداء الخدمة .
- سهولة الوصول (أو الحصول على الخدمة) : الدنو أو الاقتراب من التواصل المستمر والسهل مع العميل لتسهيل حصوله على الخدمة المطلوبة .
- الكياسة والترحيب : التزام الموظفين المتعاملين مع المرضى بالأدب والاحترام والتقدير .
- المجتمع : إعلام العملاء بما يستجد على نحوٍ مستمر .
- المصداقية : استحواذ الخدمة على موضع ثقة ومصداقية عملائها واعتقادهم أنها تؤدى بكل صدق وإخلاص .
- الأمان : خلو الخدمة من تعريض العميل للمغامرة ، والخطر ، أو حتى للشك لما قد يتعرض له بدنيًا أو ماليًا .
- تفهم حاجات العميل وتحديدها : بذل كل جهد ممكن لتفهم حاجات العميل .
- الملموسات المادية : وجود أدلة مادية ملموسة على حسن الخدمة (من حيث تسهيلاتها المتاحة ، وحسن مظهر العاملين ، والأدوات والمعدات والأجهزة المستخدمة) . "

وتجدر الإشارة إلى أنه عند تطوير التدريب فى الوحدة ، الذى يعد أحد الأركان الأساسية لإستراتيجية الجودة الموضوعة لها ، ينبغى الأخذ بعين الاعتبار بعض الأبعاد الرئيسية ذات الصلة بعملية التدريب . وقد تم إيرادها فى الشكل (١٠- ٦) .

ومن ناحية الإطار الزمنى العريض المرسوم لتثقيف العاملين وتدريبهم ، فإنه يحتاج إلى أن يجدول بطريقة تتناسب وطبيعة النشاط التدريبى الواجب تنفيذه . ويظهر الشكل (١٠-٧) مثالاً على ذلك . ولما كان أسلوب التدريب يعد عاملاً أساسيًا لنجاح

أى برنامج تدريبى ؛ فقد تم إيراد بعض العناصر أو المقومات ، فى الشكل (١٠- ٨) ، لضمان نجاح هذا الأسلوب بشكل باهر .

ويمكن العثور على معلومات مفصلة عن مجموعة موضوعات التدريب/ وأساليبها ومحتوياتها فى كتاب "كوش Koch" عام ١٩٩١ ، بالإضافة إلى ذلك ، فإننا نحيل القارئ إلى مراجعة مجموعة موضوعات التدريب التالية الخاصة بموضوع إدارة الجودة الشاملة فى الرعاية الصحية :

- إدارة الجودة الشاملة فى خدمات القطاع العام ، "كوش Koch" ، عام ١٩٩١ .
Total Quality Management in Public Sector Service (Koch 1991) .

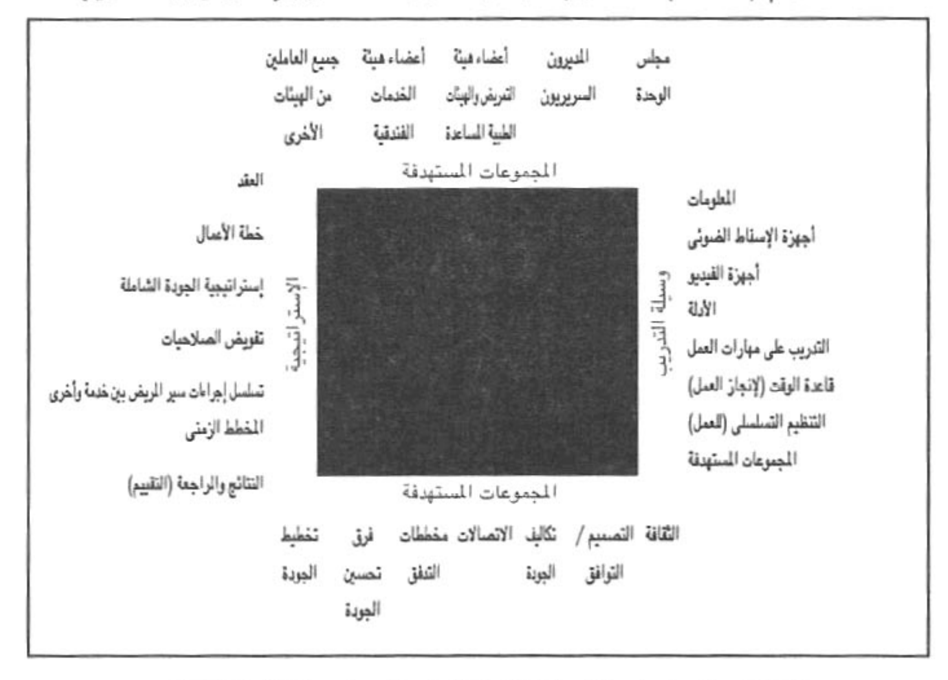
- تجاوز التوقعات - إدارة الجودة الشاملة في خدمات الصحة العقلية ، " كوش Koch" ، عام ١٩٩١ .
Exceeding Expectations - Total Quality Management in Mental Health Services (Koch 1991).

- تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، " كوش Koch" ، عام ١٩٩٢ (تحت الإعداد)* .
Implementing Total Quality Management (Koch 1992 in preparation).

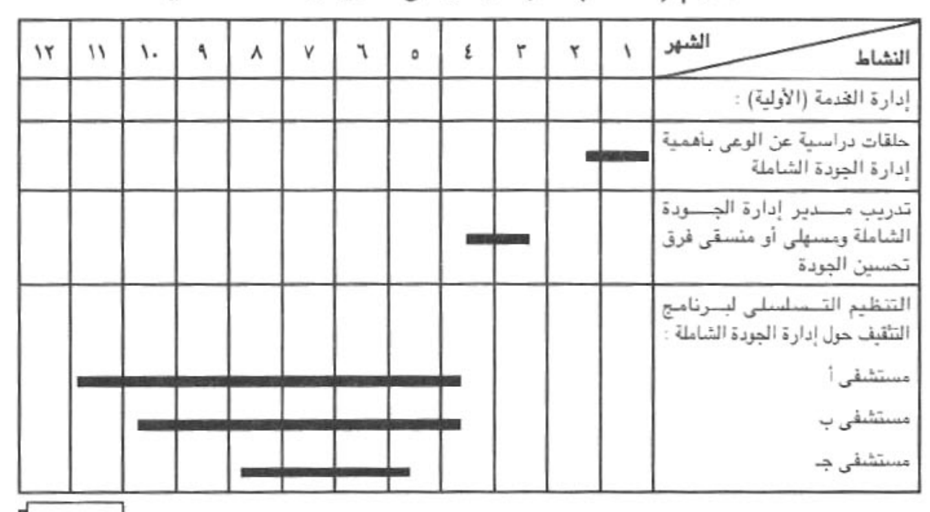
بقى ملاحظة أخيرة عن التدريب والعميل يجدر التنويه عنها- عدا التذكير بالتأكد من وجوب أن تكون جميع المواد التدريبية على مستوى باهر من الجودة (بما فى ذلك عدم وجود أعطال فى أجهزة الإسقاط الضوئى " إحدى معينات التدريب " وهى قضية متعلقة بالجودة ، وقريبة من قلبى!) - وهى استخدام الخبرة التدريبية فى وضع نموذج لتجاوب العميل ، وذلك من خلال تصميم أسئلة شفوية ، وأخرى تحريرية توزع على شكل استبانة على المتدربين ، لتقييم وجهة نظرهم عن البرنامج أو الحلقة التدريبية التى قدمت لهم . وقد تم إيراد مثال على هذه الاستبانة ، كما هو موضح فى الشكل (١٠- ٩) ، الذى تم تصميمه لندوة عن إدارة الجودة الشاملة ، من أجل بعض المتخصصين (الاحترافيين) فى هونغ كونغ فى عام ١٩٩٢م .

* كان هذا أثناء فترة تأليف الكتاب ، (المترجم) .

الشكل رقم (١٠– ٦) : التدريب من أجل الجودة – تطوير إستراتيجية للتدريب



الشكل رقم (١٠– ٧) : الإطار الزمنى العريض لنشاط التثقيف



النشاط / الشهر	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢
إدارة الخدمة (الأولية) :												
حلقات دراسية عن الوعى بأهمية إدارة الجودة الشاملة												
تدريب مدير إدارة الجودة الشاملة ومسهلى أو منسقى فرق تحسين الجودة												
التنظيم التسلسلى لبرنامج التثقيف حول إدارة الجودة الشاملة :												
مستشفى أ												
مستشفى ب												
مستشفى جـ												

تابع – الشكل رقم (١٠– ٧) : الإطار الزمنى العريض لنشاط التثقيف

النشاط / الشهر	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢
توسعة موضوعات حلقات الاستشارى الدراسية لتشمل الأدوات والتقنيات الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة				▬	▬			▬			▬	
التدريب على نظم الجودة				▬	▬							
حلقات دراسية لتدريب فرق تحسين الجودة						▬		▬			▬	
النهوض المرحلى لإدارة الجودة الشاملة												
مستشفى أ								←	▬	▬	▬	
مستشفى ب								←	▬	▬	▬	▬
مستشفى جـ									←	▬	▬	▬

الشكل رقم (١٠– ٨) : أسلوب أو نمط التدريب

البيان	المدرب ١	المدرب ٢	المدرب ٣	المدرب ٤	المدرب ٥	المدرب ٦
مظهره						
حركته						
سلوكه أو تصرفه غير الشفوى						
ما يتميز به من دعابة ولطف						
ثقته بنفسه						
دقة الإيجاز أو التعبير لديه						
استعماله لما يلى :						
أ. جهاز الإسقاط الضوئى						
ب. المعلومات المكتوبة						
جـ. الفيديو						
د. اللوح الحائطى/ لوحة مجموعة الأوراق القابلة للقلب						
تعزيز الاستماع ومستلزمات الاستماع						
يشجع المشاركة						
يستعمل أمثلة من واقع الخدمات (المتاحة)						
يستعمل لغة موجهة للعمل تتسم بالإيجابية						

تحديد العوائق والصعوبات ومواجهتها :

فى دراسة للعوائق التى تعترض سبل تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة فى منشآت المملكة المتحدة ، حدد كل من " أ. ويلكنسون A. Wilkinson " و " ب . ويتشر B. Witcher" العوائق الرئيسية التالية :

١- قصر أجل فترة التطبيق .

٢- عدم وجود تنظيم إدارى متماسك فى هذه المنشآت ، إضافةً إلى تجزؤ وحداتها التنظيمية .

٣- وجود مديرين معارضين بها لتطبيق هذا الأسلوب .

أما " ر. بوردمان R. Boardman" و "ويندلينغ Weyndling" فقد اعتبرا أن العوائق الرئيسية لتطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة يمكن إدراجها تحت الموضوعين التاليين :

- الناس .

- العمليات (النشاطات) .

وتجدر الإشارة إلى أن هذه الانطباعات وغيرها من الأفكار الغامضة التى صادفت أو واجهت أعمال نظام الخدمة الصحية الوطنية (فى المملكة المتحدة) عند تطبيقه لأسلوب إدارة الجودة الشاملة قد تم اكتشافها الآن .

وضمن هذا السياق ، يحدد الإطار المضمن فى الشكل رقم (١٠-١٠) ، العديد من الأبعاد الرئيسية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة ، مع بيانه للصعوبات أو العوائق التى تم اكتشافها ، والتى تم إدراجها فى طرف العمود الأسفل لكل بُعد . وسوف يتم تناول جميع هذه الأبعاد بالعرض والتحليل وتحديد الصعوبات الرئيسية ذات الصلة بكل منها .

الشكل رقم (١٠ - ٩) : استبانة تقييمية : حلقات دراسية عن إدارة الجودة فى الرعاية الصحية

التواريخ :

☐ من ١٤ إلى ١٧ فبراير ١٩٩٢م

☐ يوما ١٨ و ١٩ فبراير ١٩٩٢م

☐ يوما ٢٠ و ٢١ فبراير ١٩٩٢م

تعاد هذه الاستبانة بعد تعبئتها إلى العنوان التالى :

Training & Development Unit
Hospital Authority
28/F Hennessy Centre
500 Hennessy Road
Causeway Bay
Hong Kong

الرجاء وضع إشارة على المربع المناسب (ما لم يكن هناك تعليمات أخرى) :

١- هل طابق البرنامج الأهداف التدريبية كما هو منصوص عليها فى الدليل ؟

☐ تماماً ☐ كثيراً جداً ☐ إلى حدٍ ما ☐ ليس تماماً

ملاحظات أو تعليقات :

....

....

٢- هل استوعب البرنامج احتياجاتك التدريبية ؟

☐ تماماً ☐ كثيراً جداً ☐ إلى حدٍ ما ☐ ليس تماماً

ملاحظات أو تعليقات :

....

....

٣- هل كانت موضوعات البرنامج مناسبة لاحتياجات مهنتك أو وظيفتك ؟

☐ مناسبة جداً ☐ مناسبة ☐ مناسبة فى جزء منها منها ☐ ليست مناسبة

تابع الشكل رقم (١٠ – ٩) :

ملاحظات أو تعليقات :

....

....

٤- هل كان مستوى معالجة الموضوع التدريبى مناسبًا ؟

☐ متقدم جداً ☐ مناسباً ☐ سطحى جداً

ملاحظات أو تعليقات :

....

....

٥- كيف كانت قناعتك بمدة وسرعة سير البرنامج ؟

☐ مقتنع تماماً ☐ مقتنع ☐ متوسط القناعة ☐ غير مقتنع إطلاقًا

ملاحظات أو تعليقات :

....

....

٦- هل وجدت مناقشات المجموعة مفيدة ؟

☐ مفيدة جداً ☐ مفيدة ☐ مفيدة إلى حدٍ ما ☐ غير مفيدة

ملاحظات أو تعليقات :

....

....

٧- هل كان هناك وقت كافٍ للأسئلة ؟

☐ كافٍ جداً ☐ كافٍ تقريباً ☐ قليل جداً

ملاحظات أو تعليقات :

....

....

تابع الشكل رقم (١٠ – ٩) :

	راضٍ جداً	راضٍ	راضٍ إلى حد ما	غير راضٍ على الإطلاق	ملاحظات أو تعليقات
٨- كيف كان رضاك عن الآتى: –					
أ. إلقاء أو تقديم المدرب ؟	( )	( )	( )	( )	
ب. المواد التدريبية المستخدمة من قبل المدرب ؟	( )	( )	( )	( )	
جـ. تخطيط البرنامج وتنظيمه ؟	( )	( )	( )	( )	
د. الوسائل التعليمية المساعدة ، إن وجدت ؟	( )	( )	( )	( )	
هـ. الموقع أو مكان التدريب ؟	( )	( )	( )	( )	

	جيد جداً	جيد	مرضٍ	ضعيف	ملاحظات أو تعليقات
٩- الرجاء أعط تقييمك لمحتوى موضوعات الجلسات التدريبية التالية :	( )	( )	( )	( )	
الجلسة الأولى : الجودة فى الرعاية الصحية بالقطاعين الخاص والعام .	( )	( )	( )	( )	

تابع الشكل رقم (١٠ – ٩) :

	جيد جداً	جيد	مرضٍ	ضعيف	ملاحظات أو تعليقات
الجلسة الثانية : تعريف الجودة .	( )	( )	( )	( )	
الجلسة الثالثة : المبادرات الحالية لتحسين الجودة .	( )	( )	( )	( )	
الجلسة الرابعة : ضمان الجودة ، وإدارة الجودة ، والمراجعة السريرية .	( )	( )	( )	( )	
الجلسة الخامسة : نظرة عامة لثقافة إدارة الجودة الشاملة وقيمها .	( )	( )	( )	( )	
الجلسة السادسة : نظرة عامة لتقنيات أو أساليب إدارة الجودة الشاملة .	( )	( )	( )	( )	
الجلسة السابعة : وضع إستراتيجية مبتكرة لإدارة الجودة .	( )	( )	( )	( )	
الجلسة الثامنة : العوائق المحتملة عند التطبيق .	( )	( )	( )	( )	
الجلسة التاسعة : خطة التطبيق .	( )	( )	( )	( )	
الجلسة العاشرة : تخطيط الجودة .	( )	( )	( )	( )	

تابع الشكل رقم (١٠ - ٩) :

جيد جداً	جيد	مرض	ضعيف	ملاحظات أو تعليقات
الجلسة الحادية عشرة : فرق تحسين الجودة				
( )	( )	( )	( )	
الجلسة الثانية عشرة : خطة العمل				
( )	( )	( )	( )	

١٠- يرجى إبداء مقترحاتك بشأن ما ينبغى عمله لتحسين البرنامج للمشاركين فيه مستقبلاً .

تعليقاتك :

....

....

١١- المرجو منك اقتراح موضوعات لبرنامج الإدارة مستقبلاً .

تعليقاتك :

....

....

١٢- تعليقات أخرى .

تعليقاتك :

....

....

الشكل رقم (١٠ – ١٠) : عناصر إدارة الجودة الشاملة

	الالتزام بالجودة من قبل كبار المديرين	أنظمة إدارة الجودة : تنظيم الجودة وهيكلتها	أداء أعمال الرعاية الصحية	تدريب العاملين لتنمية قدراتهم ومهاراتهم	العلاقات البينية مع المرضى	موقف العاملين من إدارة الجودة	الاتصالات	وعى العاملين الفنى بالجودة	نظام إدارة الجودة	مؤشرات أداء الجودة	فرق تحسين الجودة
١	ملتزم تماماً ومشترك فعلياً فى جميع مجالات الخدمة	أنظمة إدارة الجودة الشاملة مؤسسة جيداً ومدركة على نطاق واسع	النشاطات تم أداؤها بالكامل ضمن الميزانية حسب الجودة المتوقعة لها	تم تطوير البرنامج بشكل تام ، وينفذ باستمرار	هناك شراكة فعالة مع المرضى ، عن طريق إشراكهم فى الرعاية المقدمة لهم . والتغذية المرتدة (استطلاع وجهة نظرهم مثلاً)	ملتزمون كلياً ومتحمسون بصورة واضحة	نظام مؤسس جيداً - ومنفذ كلياً	إدراك عملى للجودة بشكل تام	موثق كلياً ومنفذ	مؤشرات الأداء مستخدمة من قبل الإدارة كأداة على هيئة مقاييس وضوابط يتم تسميتها فى جميع العقود	يوجد عدة فرق لتحسين الجودة يتم فيها إشراك المرضى
٢	الانشغال جزئياً بفعاليات تحسين الجودة	الأهداف معرفة ومنفذة بطريقة بناءة فى كل أرجاء الخدمة	أسست الرقابة على الميزانية بمعزل عن النشاطات والرقابة على الجودة		كل الإدارة مشتركة فى شبكة علاقاتها البينية مع المرضى	متعاونون تطواعية	نظام مؤسس . ومنفذ جزئياً	إدراك أهمية تطبيق نظرية الجودة	موثق جزئياً ومنفذ	قياس منتظم	تم تحديد فرق تحسين الجودة وتقوم بتنفيذ الأعباء المكلفة بها
٣	مدير الجودة هو الذى يدفع الآخرين بقوة للالتزام بالجودة	المشكلة محددة وتبقى دون حل	تم تحديد مشكلات الميزانية	تم تطوير البرنامج بشكل تام ، إلا أنه منفذ جزئياً	تراجع توقعات المرضى ويتم الموافقة عليها	يتعاونون عند توجيه الأوامر لهم بذلك	وظيفة الاتصالات موجودة حالياً ، لكن ينقصها التوجيه لتفعيلها	إدراك جزئى		هيكل أو إطار قياس مؤشرات الجودة أصبح مكتملاً	تم تحديد الفرق وتدريبها على وسائل وتقنيات إدارة الجودة الشاملة
٤	بدى كبار المديرين دعماً وتشجيعاً عطيين لمبادرات الجودة على المدى القصير الأجل	الأهداف معرفة إلا أنها منفذة جزئياً	وجود ميزانية	البرنامج تحت التطوير إلى أن تخصص الاعتمادات اللازمة له فى الميزانية	إدراك لاهتمامات المرضى	لا يبالون	سياسة الاتصالات موجودة لكن النظام غير منتظم		يوجد نظام إدارة الجودة بصورة غير رسمية	قياس منتظم لمؤشرات الجودة الرئيسية	تم تحديد مشروع تحسين الجودة
٥	يميل المديرون إلى الشك بمنافع إدارة الجودة الشاملة	التقسيم التنظيمى موثق جزئياً ، كما أنه مفكك وناقص التعريف	النشاطات وبيانات الجودة متوافرة	ثمة إدراك لأهمية البرنامج إلا أنه لم يتم بدء العمل به	اهتمامات المرضى الجوهرية مطلوبة تماماً لكنها عرضة للتلاشى أو التراجع	لديهم عداء ضمنى	ثمة إدراك لأهمية الاتصالات لكن لا توجد سياسة منسقة لها .			تم تحديد مؤشرات الأداء الرئيسية	تم تأسيس برنامج تحسين الجودة وتأمين الاعتمادات اللازمة له فى الميزانية
٦	عدم إبداء المديرين أى اهتمام للالتزام بالجودة	عدم وجود أهداف للجودة	لا يوجد رقابة على الميزانية أو النشاطات أو رقابة على الجودة	عدم إدارك أهمية التدريب لتنمية قدرات العاملين وتطوير مهاراتهم	العلاقات مع المرضى يحيطها الشك والتنفيذ لوجهات نظر المريض	لديهم عدوانية بصورة صارخة	عدم إدراك الحاجة للاتصالات	غير مدركين لأهمية الجودة	لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد

١- الالتزام بالجودة :

العوائق	الحلول
أ. التزام الإدارة العليا والالتزام الشخصى للاستشاريين بالجودة .	أ. عقد حلقات دراسية لكبار هيئة العاملين . ب. مواجهات هادئة لتصرفات الفرد .
ب. دور غير واضح لمدير الجودة	أ. مسئوليات واضحة . ب. مسئولية واضحة ومحددة أمام الرئيس التنفيذى .
جـ. التزام بالجودة قصير الأجل - قصر الرؤية طويلة الأجل	أ. السماح للنتائج الملموسة على المدى القصير لتتلاءم مع إستراتيجية الجودة الطويلة الأجل .

٢- نظام إدارة الجودة وهيكلها (بناؤها التنظيمى) :

العوائق	الحلول
أ. نظام غير متكامل وغير متماسك لتنسيق مختلف الجهود لإدارة الجودة الشاملة .	أ. تطبيق هيكل إدارى نمطى لإدارة الجودة الشاملة ، سواء تم تضمينه العناصر الواردة فى الهيكل التنظيمى لإدارة الجودة " بمسمى BS 5750" أو بدونها .
ب. اتجاه غير واضح لمجموعة توجيه أعمال الجودة .	ب. مرجعية واضحة لمجموعة توجيه أعمال الجودة ، تكون مسؤولة ، من خلال رئيسها ، أمام الرئيس التنفيذى للوحدة .

٣- أداء أعمال الرعاية الصحية :

العوائق

أ. نقص فى أداء أعمال الرعاية الصحية وتكامل هذا النشاط مع أعمال الجودة وكلفة المعلومات .

الحلول

أ. إدارة الموارد / تكامل إدارة الجودة الشاملة بأداء أعمال الرعاية الصحية .

ب. وجود نشاط بسيط ومنتظم لأداء أعمال الرعاية الصحية ، إضافة إلى توفير معلومات عن : التكلفة والجودة حسب التخصص .

٤- تدريب العاملين وتنمية قدراتهم ومهاراتهم :

العوائق

أ. نقص الاستثمار فى التدريب وتنمية قدرات ومهارات العاملين .

ب. تنفيذ أو تطبيق ردىء لنظام مراجعة تقييم أداء العاملين .

الحلول

أ. إعطاء برنامج التدريب الممول للجودة أولوية قصوى فى خطة الأعمال .

ب. وضع إستراتيجية لتقييم أداء جميع العاملين طبقاً لفئاتهم ومستوياتهم الوظيفية .

جـ. التدريب الإدارى لمهارات تقييم أداء العاملين .

٥- العلاقات مع المرضى :

العوائق

أ. يَظهر المرضى ، فى جزء من الأمر، كعوائق لكفاءة تشغيل الخدمة .

الحلول

أ. تدريب المديرين والسريريين فى مجال التجاوب مع حاجات العميل ومتطلباته .

ب. نقص فى إشـــراك المرضى فى خطط الرعاية المقدمة لهم / أو فى إبداء وجهة نظرهم من خـــلال التـــغـــذية المرتدة للمعلومات المحصلة منهم حول الرعاية المقدمة لهم .

ب. وضع إستراتيجية للتجاوب مع حاجات العميل ومتطلباته من خلال التغذية المرتدة للمعلومات المحصلة منه ، بحيث :

- يشترك فى وضعها ممثلون عن جميع أقسام ووحدات الخدمة الصحية .
- تشمل جميع مجالات الخدمة .
- يتم إجراء تغذية مرتدة للمعلومات بطريقة الحساب الرقمى البسيط لقياس رضا المريض مرة كل ثلاثة أشهر .

٦- موقف العاملين نحو التخطيط للجودة

العوائق

أ. هيئة عاملين مقاومة ومعارضة لأى تغيير .

الحلول

أ. تقوم الإدارة العليا واستشارى الجودة بوضع أنموذج لإدارة الجودة الشاملة يستهدف تحديد مواقف وسلوكيات العاملين المختلفة نحو التخطيط للجودة .

ب. ضرورة تعزيز وتنمية مدارك العاملين لأهمية التخطيط للجودة .

جـ. أن يكون هناك توقعات واضحة لأداء العاملين فى مجالات الجودة .

٧- الاتصالات :

العوائق

أ. اتصالات غير ملائمة وغير كاملة .

الحلول

أ. وضع إستراتيجية واضحة للاتصالات .

ب. اتصالات انتقائية .

ب. إعــــلام الفــــريق المكلف بوضـع هذه الإستراتيجية أو إحاطته بأهم معالمها .

جـ. إشراك جميع العاملين (قبل اعتماد هذه الإستراتيجية) .

د. عقد اجتماعات دورية منتظمة على هيئة منتدى موسع لمناقشة قضية الاتصالات من مختلف جوانبها .

هـ. السماح بالتعبير العلنى لعدم الموافقة (أو للرأى المعارض) عند إدارة الاجتماع .

٨- وعى العاملين الفنى بالجودة :

العوائق	الحلول
أ. تفهم أو إدراك جزئى للجوانب الفنية للجودة .	أ. تثقيف العاملين وتدريبهم فى المجالات الفنية للجودة .
	ب. التطبيق العملى اليومى لأفكار ومبادئ إدارة الجودة الشاملة .

٩- نظام إدارة الجودة :

العوائق	الحلول
أ. نشاطات غير مباشرة أو موجهة عند وضع مقياس أو ضابط الجودة ، أو لأغراض تدقيق النشاط ومراجعته ، أو عند عمل التغذية المرتدة للمعلومات المحصلة من العميل .	أ. تطوير منهج أو إطار لدليل موثق كليًا (ويكون قابلاً للتطبيق) لأسلوب إدارة الجودة الشاملة ، وذلك لتصوير نشاطاته وإظهار التنسيق بينها .

١٠- مؤشرات أداء الجودة :

العوائق	الحلول
أ. لا يوجد ما يشير إلى دلائل واضحة عن جودة الأداء إن كانت جيدة أو رديئة .	أ. تحديد وقياس خمسة مؤشرات رئيسية لجودة الأداء .
ب. عدم وجود مؤشرات لقياس الأداء .	ب. إجراء نقاش بصفة مستمرة عن سبل تقييم الأداء ، وحول البيانات اللازمة لحساب مؤشرات جودة الأداء أو لطرق استنباطها ، أو لجهة مراجعة مصداقية هذه المؤشرات وموثوقيتها وفعاليتها .

١١- فرق تحسين الجودة :

العوائق	الحلول
أ. عدم كفاية دعم أو مساندة الإدارة العليا لأعمال فرق تحسين الجودة .	أ. مساندة وتشجيع المديرين لتفعيل أعمالها .
ب. تنمية مهارات أعضاء فريق تحسين الجودة تعد غير كافية ، للقيام بالواجبات المنوطة بهم .	ب. عمل دورات وحلقات تدريبية لفرق تحسين الجودة .

فى ضوء ما سبق ، يمكننا القول إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، فى وحدة تقديم الرعاية الصحية ، يكتنفه عادة صعوبات وعوائق أشبه ما تكون عادية أو طبيعية ، والتى يمكن أن نجد بعضاً منها ، بطريقة أو أخرى ، فى أى منظمة . وبمساعدة الوحدة فى استخدام هذه العوائق ، لإدارة الجودة بصورة أفضل ، فإنه يقلل من شعورها بالقلق والتوتر. ولما كان يصعب تجنب هذه العوائق ؛ وجب أن تعامل بصورة ملائمة تتسم بنوع من التعاطف لمواجهتها . ويمكن لها أن تختفى إذا تم التصدى لها بروية وحزم .

خاتمة :

إن المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة عند تصميمها لمعايير وشروط منح جائزة الجودة الأوروبية فى بداية عام ١٩٩٠م ، اهتمت بشكل أكثر وضوحًا وحددت نسبًا للنتائج المتحققة والأداء المتطور فى كل من المجالات التالية :

معايير وأوزان جائزة الجودة الأوروبية

المعيار	النسبة المئوية لوزن المعيار
رضا العميل : يتمثل فى تصورات العملاء الخارجيين المباشرة وغير المباشرة حول الشركة ومنتجاتها وخدماتها .	٢٠٪
الموارد البشرية : يتمثل فى إدارة العاملين بالشركة وإحساس العاملين وشعورهم نحو الشركة .	١٨٪
نتائج الأعمال : تتمثل فى ما حققته الشركة مقارنًا بالأداء المخطط سلفًا .	١٥٪
العمليات : تتمثل فى إدارة جميع الأنشطة ذات القيمة المضافة داخل الشركة .	١٤٪
القيادة : تتمثل فى سلوكيات المديرين فيما يتعلق بتحويل أعمال الشركة باتجاه الجودة الشاملة .	١٠٪
الموارد : تتمثل فى إدارة واستغلال الشركة وحفاظها على ما يلى : - الموارد المالية . - الموارد المعلوماتية . - الموارد التقنية .	٩٪
السياسة والإستراتيجية : تتمثل فيما للشركة من رؤى وقيم وتوجهات ، والسبل المتبعة لتحقيقها .	٨٪
الأثر على المجتمع : يتمثل فى التصورات السائدة فى المجتمع ككل حول الشركة ، وكذلك وجهات النظر حول أسلوب الشركة على صعيد جودة الحياة ، والبيئة ، والحاجة إلى الحفاظ على الموارد الشاملة .	٦٪

المرجع : FQM (1991) TQM October, p. 266

إن الأوزان المشار إليها سابقًا توضح الأهمية النسبية لكل من هذه العوامل الثمانية . ويمكن للوحدات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية أن تنشئ أوزانها الخاصة بها للجودة أو إدارة الجودة ، وذلك بالاستفادة من هذه العوامل ، وقد قام العديد منها بذلك فعلاً .

هذا ، وتعد عوامل النجاح الأساسية لإدارة الجودة الشاملة الواجب فهمها عديدة ومتنوعة . وقد حاولت خلال هذا الكتاب تحديدها وتوصيفها على أسس عملية .

وأود أن أختم بالتأكيد على بعض العوامل الأساسية والتي رغم أنها أقل سهولة في الوصف ، إلا أنها عوامل تعد أساسية للأطباء والمرضين والمعالجين ، والإداريين ، والعاملين بالخدمات المساندة في المستشفيات وخدمات المجتمع ، الذين يقومون فعلياً بتنفيذ رؤاهم الخاصة بإدارة الجودة . وهذه العوامل هي :

- ضرورة توافر اعتقاد مشترك بأن إدارة الجودة الشاملة (أو أي اسم يطلق على عملية أداء الوظيفة على الوجه الصحيح !) هي العمل الصحيح والمناسب للتنفيذ .

- ضرورة أن يكون هناك صبر مستديم ؛ لأن التغيير لإدارة الجودة الشاملة قد يستغرق وقتاً ، ويجب أن تسمح الخدمة أو الوحدة لمثل هذا الصبر المطلوب .

- أن النجاحات صغيرة كانت أو كبيرة يجب أن تبلور ، وتداول ، وتستحسن .

- ضرورة أن تكون هناك رغبة لجعل الوحدة تعمل على تقديم أحسن خدمة في ظل الموارد المتاحة .

وختامًا ، ورغم أن كل شيء جدير بالإنجاز ، يكون عملاً شاقًا ، إلا أنه أيضًا يمكن أن يكون عملاً ممتعًا - فالإدارة بحد ذاتها متعة - فهي التي يبقى اهتمامها محصوراً في دائرة الرغبة لتقديم خدمات رعاية صحية على أرقى مستويات الجودة الممكنة .

المراجع :

Atkinson P 1990
Creating cultural changes
TQM **Feb 13-15**

Audit Commission 1992
Community care review
HMSO

Audit Commission 1992
Homeward Bound
HMSO London

Avant Hotels 1991
Beyond stars & crowns.
Managing service quality **Jan 97-100**

Berwick DM Enthoven A & Bunker J P 1992
Quality management in the NHS: the doctor's role
BMJ **25 1/92**

Bhogal R 1992
Health Services Journal **30 1/92 pl9**

Blades M 1992
TQM **Apr**

Boardman R & Weyndling C 1992
Measurement of business success.
TQM Conference
177-183. IFS Bedford

Brooks T 1992
TQM in NHS
Health Services Journal **Apr 17-19**

Kuston W & Rowbotham R (1986)
Levels of work
Brunel University

Carr-Hill R 1989
The NHS & its customers
Centre for Health Economics York

Carr-Hill R Dalley G 1990
Questions of quality
Health Services Journal **Aug 2**

Carson J 1991
Role Modelling
Managing Service Quality **Jan 72-81**

Chase R L 1991
Targetting the message
TQM **Oct 259**

Chase R 1991
The road to recovery
Managing Service Quality **Jan 101-103**

Clifford P 1990
FACE IQMS unpublished document

Dale B 1991
Starting the road to success.
TQM **Apr 125-128**

Dale B 1992, *TQM*

Dash P 1992
Quality doctors
International Journal of Health Care and Quality Assurance 5,2,25-26.

Davies P 1992
Easy as ABC
TQM **Apr 69-70**

De Kievit D & Finlow-Bates 1992
Keeping tales
Managing Service Quality **Jan 91-94**

Department of Health 1992
The patient's charter
HMSO

Eccles S 1992
A better pill
Health Services Journal **Apr 16**, 22-23

EFQM 1991
TQM **Oct 265-6**

Ferguson I 1991
Goal for the Future
Managing Service Quality **May 233-335**

Fitzgerald L 1991
This Year's Model
Health Services Journal **Nov 11**

Goldstone L A 1987
Quality counts in nursing: the monitor experience
Newcastle-upon-Tyne Polytechnic Production Ltd

Handy C 1988
Understanding organisations
Penguin

Hewitson P 1991
Collaborative care planning
International Journal of Health Care and Quality Assurance **512**,12-16

Hinks M D 1973
Spotlight on shop window staff
King's Fund

Hopkinson E 1991
BS 5750: quality standards ambulance services part I
International Journal of Health Care and Quality Assurance 4,6,22-29

Hopkinson E 1992
BS 5750 Part II Ambulance Services
5,2,27-36

Howard D (1991)
A limited understanding
TQM **Apr 91-94**

Iles V 1992
The importance of talking shop
May 7

Koch H C H 1991
TQM in Health Care
Longman

Koch H C H 1992
Sustaining commitment
Managing Service Quality **Mar 157-160**

Koch H C H 1991
Public sector services
Managing Service Quality **Sept 10**

Koch H C H 1991
Exceeding expectations. TQM in Mental Health Services
Pavilion Publishing

Koch H C H 1991
TQM in Public Sector
Pavilion Publishing

Koch H C H 1992
Implementing TQM
Pavilion Publishing
In preparation

Koch H C H & Chapman E J 1991
Planning for high quality care
International Journal of Health Care and Quality Assurance 4,6,10-1

Koch H C H & Higgs A 1991
What does quality health care cost
International Journal of Health Care and Quality Assurance 4,4,4-7

Koch H C H & Sabugueiro J 1992
Trust in teams
Managing Service Quality **Jul 279-281**

Lacey P 1991
Discovering hidden truths
TQM **Apr 107-110**

Lowenhaupt M 1991
Win/win opportunity
Managing Service Quality **Nov 56-57**

Maxwell R 1984
Quality assessment in health
BMJ **13 31-34**

تابع – المراجع :

Marsh J 1991
Different Approaches
Managing Service Quality **Nov** 49-54

Mathew D 1990
Management team effectiveness
GMTS Scheme London

McDonald I 1991
Coming up to standard
International Journal of Health Care Quality Assurance 4,4,17-20

McCarthy J & Hicks A 1991
International Journal of Health Care Quality Assurance

McColl L 1992
letter in *Times*, 4th April

Millner L, Ash A & Ritchie P 1991
Leading quality in action
Nora Fry Research Centre

National Audit Office 1991
Review of NHS outpatient services
HMSO

N E Thames 1992
Health Services Journal **Apr 2** 39

Nelson A Gordon M 1986
Promoting a public image
N E Essex H A Colchester

NHSME 1991
Day surgery: Making it happen
UFM Unit
HMSO

NHSME 1991
Demonstrably different
DoH

Oakland J 1989
TQM Heineman

ODI 1990
Quality in NHS **Jul**

ODI 1991
Quality: the next steps

O'Neill D 1992
Plan of attack
Managing Service Quality **Mar** 163-165

Ovretreit J 1991
Quality health services
Brunel University

Ovretreit J 1991
Costing quality
Health services management **Aug** 184-5

P A Consulting 1989
Total Quality Initiative
Trafford General Hospital

Para-Swaman A Zeithamel & Berry 1985
Journal of Marketing 33-36

Peters T & Waterman R H
In search of excellence
Harper & Row, New York

Pfeiffer N 1992
Strings Attached
Health Services Journal **Apr**

Pollitt C Harrison S Hunter D J Marnock G 1991
Quality & general management 83-88
International Journal of Health Care Quality Assurance 3,6,33-36

Ram A 1992
Communication breakdown
Health Services Journal **Mar 12** 24.

Rea A 1992
Gang mentality
Health Services Journal **Mar 26** 31-34

Reynolds S 1991
Applying common sense
Managing Service Quality **Nov** 23-25

Roy A 1991
Getting the message across
TQM **Oct** 275-275

Rooney M 1991
Applying common sense
Managing Service Quality **Nov** 23-25

Spiby J & Griffiths S 1991
Tightrope Management
Health Services Journal **Dec 12**

Seath I 1992
Training-a-waste of effort?
Managing Service Quality **May** 185-187

Seddon J 1991
Middle managers' new role
Managing Service Quality **Jan** 71-72

Seddon J & Jackson S 1990
TQM & cultural change
TQM **Aug** 213-216

Sharma T 1992
Health Services Journal **Nov 10** 21

Shaw C Hurst M & Stone S 1988
Towards good practice in small hospitals
NAHA

Smith J 1991
Total quality development in Mid-Staffs
International Journal of Health Care Quality Assurance 4,4,9-11

Smith S 1991
Welcoming patients to your hospital
Royal Berkshire Hospital
International Journal of Health Care Quality Assurance

Sashkin M 1989
Structured activities for management. Training in communications
OD + Development Inc
Health Services Journal

Stewart J D & Ramelli D 1992
Firing on all cylinders
International Journal of Health Care Quality Assurance **Jan** 85-89

Timmers J G & Van Der Wiele T 1991
A Question of Quality
TQM 3 **Apr** 2 87-90

Trent RHA 1990
Quality standards for outpatient services.

Tucker J 1992
Costing GP hospitals
Health Services Journal **Jan 1** 24-25

Ullah P 1991
Psychology of TQM
Managing Service Quality **Jan** 79-81

Van Cylenburg P 1990
Why TQM?
Managing Service Quality **Nov** 31-34

Ward C 1992
From the other side
Health Services Journal **Jun** 4 26

Webster C 1992
Bevan on the NHS
Oxford University

West Midlands RHA (1991)
Collaborative care planning

Western Health & Social Services Board 1992
Mental health unit quality development programme
N Ireland

Wilkinson A Witcher B
Fitness for use
Management decisions **29** 8 46-51

Wilson C, 1987
Hospital-wide quality assurance
Saunders, Ontario, Canada

Wythe R 1990
Agenda for change
TQM **Aug** 209-212

المترجم فى السطور :

الاسم :

د. طلال بن عايد الأحمدى ، من مواليد مكة المكرمة ٢٩/٩/١٩٦٠م .

المؤهل العلمى :

- دكتوراه فى إدارة الخدمات الصحية - جامعة بتسبرغ - أمريكا ١٩٩٥م .

العمل الحالى :

- أستاذ إدارة الخدمات الصحية المساعد .
- مدير إدارة تنسيق البرامج الخاصة .

الأنشطة العلمية :

- ملخص رسالة دكتوراه منشورة بدورية (الإدارة العامة) بعنوان (العوامل المحددة لمدة بقاء المريض فى المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية) ، المجلد الثامن والثلاثون ، العدد الثالث رجب ١٤١٩هـ .

- تأليف كتاب الإدارة الصحية (المراجعة العلمية) .

- ترجمة ونشر عدد من المقالات العلمية المتخصصة .

- التدريب فى مجال الإدارة الصحية .

- الاشتراك فى العديد من الندوات العلمية المتخصصة .

- الاشتراك فى العديد من اللجان العلمية والإدارية داخل المعهد وخارجه .

- تنفيذ عدد من الاستشارات التنظيمية والدراسات الإجرائية لعدد من الأجهزة الحكومية .

- مستشار غير متفرغ فى وزارة الصحة .

مراجع الترجمة فى سطور :

الاسم :

- أ. د. خالد بن سعد بن عبدالعزيز بن سعيد .
- من مواليد الرياض ، عام ١٩٥٩م .

المؤهل العلمى :

- دكتوراه الفلسفة فى إدارة الصحة والمستشفيات ، عام ١٩٩٠م ، من جامعة نورث كارولينا الشمالية بمدينة شبل هيل بالولايات المتحدة الأمريكية .

العمل الحالى :

- أستاذ " بروفيسور" فى إدارة الصحة والمستشفيات بجامعة الملك سعود بالرياض ، والمشرف على برنامج الماجستير فى إدارة الصحة والمستشفيات .

الأنشطة العلمية :

- كتاب "أساسيات التخطيط فى المنشآت الصحية " عام ١٩٩٣م .

- كتاب "إدارة الجودة الشاملة ، تطبيقات على القطاع الصحى" ، عام ١٩٩٨م .

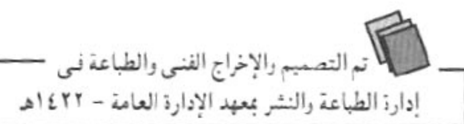
- كتاب " التأمين الصحى التعاونى" ، عام ٢٠٠٠م .

- كتاب " تحسين الجودة المستمر" ، عام ٢٠٠١م .

- كتاب "*Applications of Six Sigma*" عام ٢٠٠١م .

- شارك فى العديد من ورش العمل العلمية والمحاضرات داخل المملكة وخارجها .





تم التصميم والإخراج الفني والطباعة في
إدارة الطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة - ١٤٢٢هـ



هذا الكتاب :

إن هذا الكتاب القيم الجديد يعد بمنزلة دليل عملى يوضح فيه المؤلف خطوات تطبيق برنامج إدارة الجودة الشاملة خطوة خطوة ، وقد تم إعداده وصياغته بأسلوب سلس وسهل ، مع إيراد العديد من المعينات العملية والحالات الدراسية ، وقوائم المراجعة ، ومواد أخرى للمساعدة فى جوانب التدريب والتطوير.

الموضوعات التى عالجها الكتاب :

- ❖ تطوير إستراتيجية لإدارة الجودة الشاملة ، والحصول على التزام الإدارة والهيئات الطبية (السريرية).
- ❖ التخطيط والعمل بروح الفريق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- ❖ مراجعة إدارة الجودة الشاملة.
- ❖ قياس جودة الرعاية الصحية المقدمة.
- ❖ تفهم متطلبات وحاجات العملاء.
- ❖ التدريب من أجل الجودة.
- ❖ تحليل الفوائد ؛ لإبراز العائد.

تصميم وإخراج وطباعة
الإدارة العامة للطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة - ١٤٢٢هـ

T | Q | M